بسم اللہ

فَکَشَفْنَا عَنْكَ غِطَاءَكَ فَبَصَرُكَ الْيَوْمَ حَدِيدٌ

کتاب العین

از

ڈاکٹر عطاء اللہ بٹ، ایم۔ ڈی (برلن) بی۔ ایس (پنجاب)

ممبر مجلس ماہرین امراض چشم (جرمنی)، پرنسپل طبیہ کالج مسلم یونیورسٹی علیگڑھ

ملنے کا پتہ

طبیہ کالج مسلم یونیورسٹی علی گڑھ

طبع اول ... ایک ہزار ———— قیمت (مجلد) عـ۱۰؍

انتساب

بہ

رفیقۂ حیات

امیر النساء بیگم

جس کی محبت، وفا شعاری اور رفاقت

نے

مجھ میں فن کے سیکھنے اور برتنے کا ولولہ پیدا کیا

اور

میں اس قابل ہوا کہ مرض کو سمجھوں، مریض کے کام آؤں

اور

حکیم مطلق اور شافی برحق کا شکریۂ احسان بجا لاؤں

(عطاء اللہ بٹ)

اعتراف و تعارف

طبیہ کالج کے قیام کا ایک مقصد یہ بھی ہے کہ اُردو میں فن طب پر مفید اور مستند کتابیں تصنیف و تالیف کی جائیں۔ ملک وملت کو اُن سے روشناس کرایا جائے۔ اور موجودہ دورِ ترقی میں اِس فن کو جدید ترین اکتشافات و نظریات سے متوازن اور ہم آہنگ رکھا جائے۔ طبیہ کالج مسلم یونیورسٹی نے انہیں مقاصد کو پیش نظر رکھکر مختلف موضوع پر مفید اور مستند لٹریچر کی فراہمی کی مسلسل کوشش کی ہے۔

جس موضوع پر صفحات آیندہ میں بحث کی گئی ہے اُس کی اہمیت سے انکار نہیں کیا جا سکتا۔ کوشش یہ کی گئی ہے کہ اس فن پر اب تک یورپ کے مشہور اور مستند ارباب فن نے جو مختلف تصانیف پیش کی ہیں اُن کو مد نظر رکھکر ایک ایسی جامع تالیف پیش کی جائے جو فنی اعتبار سے قطع نظر درس و تدریس میں بھی مفید ہو۔ چونکہ طبیہ کالج کے نصاب میں بھی یہ مضمون داخل ہے اسلئے وقتاً فوقتاً میں نے جتنے مقالات اپنے طلبار کے افادہ کے لئے مرتب کئے اُن کو مزید تشریح و اشارات کے ساتھ مدوّن کر دیا یہی آج "کتاب العین" کی صورت میں ارباب فن کی خدمت میں پیش کئے جاتے ہیں۔

تشریح، منافع الاعضار، مبادی مناظریات، معائنہ چشم، امراض چشم، اعمال جرحیہ، علاج، ان مباحث میں سے کسی ایک کو نظرانداز نہیں کیا گیا ہے، ضروری خاکہ جات اور تصاویر سے کتاب کو مفید اور جامع تر بنانے کی کوشش کی گئی ہے۔ آخر میں انگریزی و یونانی نسخہ جات و مجربات کے علاوہ عربی وانگریزی اصطلاحات کی ایک فہرست علیحدہ دی گئی ہے تاکہ عربی و انگریزی کی مترادف اصطلاحات معلوم ہو سکیں نیز انڈکس کو دیکھکر کتاب کا وہ صفحہ بھی معلوم ہو جائے جس میں اُس اصطلاح کا ذکر آیا ہے۔ اُمید ہے کہ یہ ہدیہ مختصر ارباب نظر و شائقین فن میں مقبول ہوگا۔

اس کتاب کی تدوین میں مجھے جن دقتوں کا سامنا ہوا ہے وہ یقیناً ایسی نہ تھیں جن سے بوجوہ احسن عہدہ برآ ہو سکتا۔ لیکن انکو جس چیز نے میرے لئے دلچسپ ترین مشغلہ بنا دیا وہ میرے رفقار کار اور عزیز طلبار کی بے لوث رفاقت، علم دوستی اور سعادت مندی تھی۔ اور یہ محرکات ایسی نہ تھیں جن کے ہوتے ہوئے مجھے انتہائی دقتوں کا مقابلہ بے پایان مسرت اور کامل اعتماد کے ساتھ کرنے میں کبھی تامل ہوتا۔

میں خصوصیت کے ساتھ شکرگزار ہوں اپنے عزیز و سعید شاگرد حکیم ضرغام علی خاں صاحب سلمہ اللہ تعالیٰ لکچرار طبیہ کالج و آنریری اڈیٹر طبیہ کالج میگزین کا جن کی بے غرض اور بے لوث محبت نے ہر ہر قدم پر میری رفاقت کی۔ جن اصحاب کا اس قسم کے مشاغل سے سابقہ رہا ہے وہی اس کا اندازہ کر سکتے ہیں کہ اس قسم کی تالیف و تصنیف میں کن کن دقتوں کا کس کس انداز سے سامنا ہوتا ہے۔ میں ان دشواریوں کا تذکرہ کرنے کے بجائے عزیز ممدوح کا جلد سے جلد اور بار بار شکریہ ادا کرتا ہوں۔ ان کی سعادتمندی قابلیت اور جانفشانی میری معین نہ ہوتی تو مجھے "کتاب العین" کی کامیابی پر وہ وثوق کبھی نہ حاصل ہوتا جس کی وہ مستحق ہے۔

میں اس امر کا فخر کے ساتھ اعتراف کرتا ہوں کہ کتاب العین کی تیاری، ترتیب اور تدوین میں مجھے جہاں کہیں دقتیں پیش آئیں میں نے انتہائی طالب علمانہ نیاز آگینی کے ساتھ اُن اصحاب سے رجوع کیا جو اپنے مخصوص کمال میں مجھسے افضل و برتر تھے، میرا عقیدہ یہ ہے کہ فن کی ترقی اور تکمیل صرف اسی طور پر ممکن اور متحقق ہو سکتی ہے۔

عطاء اللہ بٹ

فہرست مضامین

علاج و حفظانِ صحتِ چشم

شرکی التہاب چشم اور شرکی خراش

التہاب کل العین صدیدی التہاب اندرونِ چشم

نسخہ جات و ضمیمہ

بعض تصانیف جن سے استفادہ کیا گیا ہے

(۱) امراض چشم ماہر فکس۔(جرمنی)
(۲) امراض چشم ماہر آکسن فیلڈ یونیورسٹی فرائی برگ۔ جرمنی
(۳) امراض چشم ماہر رومر۔ جرمنی
(۴) امراض چشم از ماہران بخنر و مائس زگرائیفس والڈ یونیورسٹی۔جرمنی
(۵) امراض چشم از ماہر ہائنا۔(جرمنی)
(۶) امراض چشم از سر بارسن۔ برطانوی
(۷) امراض چشم از ماہران مے اینڈ ورتھ۔ برطانوی
(۸) امراض چشم از ماہر کرنل ایلیٹ، آئی، ایم، ایس (برطانوی)
(۹) امراض چشم از ماہر شوانزی برطانوی
(۱۰) امراض چشم از ماہر ڈوانے مترجم فکس امریکہ
(۱۱) حصہ امراض چشم قانون شیخ بوعلی سینا
(۱۲) حصہ امراض چشم شرح اسباب وعلامات

فہرست خاکہ جات کتاب العین

فہرست تصاویر کتاب العین

نمبر نقشہ	نمبر تصویر	تصاویر	نمبر صفحہ
	109/D	دوسرے قسم کا آلہ جو کہ اُسی مقصد کے لئے استعمال کیا جاتا ہے جس کے واسطے ماہر جادال کا آلہ	۲۲۴
	109/C	عینک کے عدسوں کو ناپنے کا آلہ	״
	109/C.2	مختلف قسم کے عدسوں کا بکس	״
	109/E	(۱) چوٹ کی وجہ سے آنکھ کا تبیج	۲۳۶
		(۲) دائیں آنکھ کے بالائی جفن کا سلعہ	
		(۳) جفن کو اُلٹ کر دکھایا گیا ہے	
		(۴) اجفان کا غانغرانا	
		(۵) چوٹ کی وجہ سے زیر جلدی ساختوں میں نزف الدم	
		(۶) جفن کا سلعہ لحمیہ	
	109/F	(۱) آنکھ میں مرہم لگانے کا طریقہ	۲۴۰ و ۲۸۵
		(۲) کیلومل چھڑکنے کا طریقہ	
		(۳) مرہم لگانے کا طریقہ	
		(۴) دوا ٹپکانے کا طریقہ	
		(۵) التہاب ملتحمہ میں چوند کی وجہ سے انقباض جفن	
		(۶) التہاب ملتحمہ میں چوند کی وجہ سے انقباض جفن	

نمبر نقشہ	نمبر تصویر	تصاویر	نمبر صفحہ
	109/H	(۱) بالائی جفن پر آتشک کے ثانوی درجہ کے قروح دا ہے	۲۴۵
		(۲) ورم صمغی متقرح	
		(۳) شعر منقلب کی وجہ سے آنکھ خراب ہوگئی ہے اور قرنیہ سفید ہو گیا ہے۔	
		(۴) دونوں طرف جانبی عضلات کا استرخا	
		(۵) بیرونی التوا جفن	
	109/G	(۱) بائیں آنکھ کے جفن اعلیٰ کا استرخا	۲۵۰
		(۲) مسترخی جفن کو انگوٹھے سے اٹھا کر دکھایا گیا ہے۔	
		(۳) ایک خاندان کے تمام افراد میں جفن اعلیٰ کا استرخار	
	109/J	(۱) بالائی جفن پر قرحہ صلبیہ	۲۵۵
		(۲) عظم مصفاتی کی کیس مخاطی	
		(۳) آپریشن کے بعد اُس کی حالت	
۵۰	112/۳	(۱) آنکھ پر گھڑی کا شیشہ لگا کر قائم کرنے کا طریقہ	۲۸۱
		(۲) اجفان کو پلٹ کر خراب قسم کے روہوں کو دکھایا گیا ہے۔	
		(۳) خراب قسم کی رمد جیبی جیسی اجفان	

نمبر شمار	نمبر تصویر	تصاویر	نمبر صفحہ
		دبیز ہو گئی ہیں	
۵۱	۱۰۹/۴	اجفان کو دوا لگا کر ملنا یا پلیٹ کر دوا لگانا	۲۴۰ و ۲۸۵
۵۲	۱۱۴/۲	(۱) (الف) زیرین جفن کا بیرونی التواء	۳۲۰
		(ب) بروز القرنیہ	
		(ج) " "	
		(۲) (الف) قرحہ قرنیہ میں سوراخ ہونے کے بعد عنبیہ دائیں طرف باہر نکلکر قرنیہ کی جگہ لیتا ہے	
		(ب) تھوڑے سے مقام پر عنبیہ قرحہ کے سوراخ سے باہر نکلکر ایک دانے کی صورت میں دکھائی دیتا ہے۔	۳۲۰
۵۳	۱۱۳/۴	(۱) بائیں آنکھ کا کوکب قرنوی	۳۳۵
		(۲) عضوی طور پر سیاہ کر دینے کے بعد	
		(۳) قرحہ ساعیہ کی مختلف کیفیات	
۵۴	۱۲۳/۲	(۱) مخروطی انتفاخ قرنیہ	۳۵۰
		(۲) غلّی التہاب قرنیہ	
		(۳) ناخونہ	
۵۵	۱۳۰/۲	(۱) (الف) زرق المائی تعر قرص بصری	۴۲۸

نمبر شمار	نمبر تصویر	تصاویر	نمبر صفحہ
		(ب) بقعہ صفراوی، تعر قرص بصری زرق المائی	
		(۲) بائیں آنکھ کا زمانہ طفلی کا زرق الماء	
		(۳) طبعی حالت سے رطوبت مائی کی زیادتی کی وجہ سے زرق الماء	
۵۶	۱۳۰/۴	(۱) قرص بصری اور اسکے عروق کی شاخیں	۴۴۴
		(۲) زرق المائی تعر قرص بصری	
		(۳) قرص بصری کے گرد الیاف عصبی جن کے غلاف موجود ہیں	
		(۴) تعر قرص بصری	
۵۷	۱۳۰/۳	(۱) غوطر کی وجہ سے جحوظ العین	۴۵۱
		(۲) بائیں آنکھ کی اجفان کو سی دیا گیا ہے۔	
۵۸	۱۳۱/۲	عصب باصرہ کے الیاف غلاف دار ہیں	
۵۹	۱۳۰/۵	التہاب غدد دمعی باہر والے حصہ پر بالائی جفن کے پلکونکے بالونکے مقام پر ورم ہے۔	
۶۰	۱۳۷/ب	عضلہ مستقیمہ علیا کا استرخاء	۵۶۶
		(۱) حول کی صورتیں آنکھ کی حرکات کا معائنہ	
		(۲) " " "	
		(۳) " " "	
		(۴) سامنے دیکھنے میں بائیں آنکھ نیچے رہجاتی ہے	

نمبر تختہ	نمبر تصویر	تصاویر	نمبر صفحہ
		(۴) مریض اپنی آنکھ کو ٹھیک طور پر گھما سکتا ہے۔	
۶۵	۱۵۶ ج	(۱) حول متسع کی پیدائشی حالت	
		(۲) دونوں طرف کے عضلات مستقیمہ کے الصاقات توڑنے اور عمل تقصیر کرنے کے بعد دونوں آنکھوں کی ہیئت۔	
		(۳) آپریشن سے قبل کی حالت	
		(۴) آپریشن کے بعد کی حالت	
		(۵) موربہ عضلات کے استرخا کی وجہ سے مریض سر کو ٹیڑھا کرکے دیکھتا ہے۔	
		(۶) ایضاً	
۶۶	۱۶۹ ب	(۱) ماہر کلارک کا مفتاح العین۔	۶۳۸
		(۲) قناۃ دمعی کو فراخ کرنے کی سلائی۔	
		(۳) ماہر سٹڈنی سٹیفن کا آلہ منقب۔	
		(۴) ماہر الیٹ کا آلہ منقب۔	
۶۷	۱۸۰ ب	(۱) (الف) عمل ترقیع جفنی و علاج کے بعد	۶۴۰
		(ب) جلنے کی وجہ سے بائیں آنکھ کی سطحی نسیجیں برباد ہو گئی ہیں	
		(۲) (الف) قناۃ دمعی کو فراخ کرنے کیلئے سلائی ڈالنے کا طریقہ۔	
		(ب) قناۃ دمعی کو شگاف دینے کا طریقہ۔	
		(۳) آنکھ سے غریب اجسام نکالنے کے لئے مقناطیس کو استعمال کرنے کا طریقہ	
۶۸	۱۹۲ ج	(۱) ملتحمہ کے پرت کو اوپر لاکر دو طریقہ پر سینا	۶۶۲
		(۲) قرنیہ اور اسکے قرحہ کے اندر سوراخ ہو جانے کی صورت میں ملتحمہ کے حصص کو اوپر لاکر قائم کرنا۔	
۶۹	۱۹۲ ب	(۶) قرحہ قرنیہ کو کھرچنے کیلئے چھوٹے بڑے تین چمچے	۶۶۶
		(۷) " " "	
		(۸) " " "	
		(۹) مختلف اعمال جراحیہ میں استعمال کی جانے والی چوڑی سوئی۔	
		(۱۰) عمل ابرہ کے لئے ماہر بادمین کی سوئی	
		(۱۱) خزانہ مقدم میں سوراخ کرنیکی سوئی	
		(۱۲) قرنیہ کے سفید حصص میں رنگ بھرنیکی سوئی	
۷۰	۱۹۳ ب	مثلثی چاقو کے ذریعہ قرنیہ میں شگاف دیا جا رہا ہے۔	۶۶۸
		(۱) نوزائیدہ بچہ کی آنکھ کا طبعی حجم	
		(۲) استسقاء مقلہ عین	

نمبر شمار	نمبر تصویر	تصاویر	نمبر صفحہ
۷۱	۲۰۱/ب	(۱) بائیں آنکھ سلعہ کی وجہ سے خراب ہوگئی ہے	۶۸۱
		(۲) آپریشن کرنے اور مصنوعی آنکھ لگانے کے بعد	
		(۳) موتیا بند کے آپریشن میں تیگاف کا طریقہ	
		(۴) قطع عنبیہ کا طریقہ	
۷۲	۱۹۲/ب	(۱) کند سرے والی مسواط	۶۸۰
		(۲) ماہر میک کیلن کا مسواط	
		(۳) نوک دار اور سامنے سے گول مسواط	
		(۴) گرھتے دار مسواط	
		(۵) غلاف کو پکڑنے والی چمٹی	
		(۶) ماہر الیٹ کی سوراخ دار قرصی چمٹی	
		(۷) شعر منقلب کو پکڑ کر اکھاڑنے کی چمٹی	
۷۳	۱۹۷/ب	(۱) ماہر پکین سٹیکر کا موتیا بند کو نکالنے	
		کا چمچہ۔	۶۹۷
		(۲) ماہر وکٹس کا حلقہ نما آلہ	
		(۳) عنبیہ کو پکڑنے والا ہک	
		(۴) عدسہ کو نکالنے کا ہک	
		(۵) حول کا ہک	
۷۴	۱۹۱	(۱) دائیں آنکھ کے التوار جفن کے لئے	
		ماہر ڈسمر کی چمٹی۔	۶۵۱
		(۲) جیبات کو توڑنے کے لئے ماہر	
		گریف کی جفنی چمٹی۔	
		(۳) جیبات کو توڑنے کیلئے ماہر گنپ	
		کی چمٹی۔	
۷۵	۲۰۳	(۱) نوک دار ٹیڑھی قینچی۔	۶۶۶
		(۲) ماہر ڈ یکر کی قینچی۔	
۷۶	۱۹۳/ب	(۱) ماہر فرانس کی قائم کرنیوالی چمٹی	۶۶۸
		(۲) ماہر شرف فیلڈ کی قائم کرنیوالی	
		چمٹی دو شاخ والی۔	
		(۳) عنبیہ کی سیدھی چمٹی	
		(۴) عنبیہ کی ٹیڑھی چمٹی	
۷۷	۲۰۲	(۱) کند نوک والی قینچی	۷۰۳
		(۲) دوسری قسم کی قینچی	
۷۸	۲۰۴	(۱) طبعی حالت کی آنکھ	۹۲۵
		(۲) لوہے کی گزر کو جفن کے اوپر مقلہ	
		عین کے پیچھے لیجا کر آنکھ کو سامنے	
		باہر نکال کر دکھایا گیا ہے۔	
		(۳) لوہے کی گزر کو جفن کے اوپر مقلہ	
		عین کے پیچھے لیجا کر آنکھ کو جانبی	
		طرف سے باہر کو نکالکر دکھایا گیا ہے۔	

فہرست رنگین تصاویر کتاب العین

نمبر شمار	نمبر تصاویر	تصاویر	نمبر صفحہ
		(۴) التہاب صلبیہ میں احتقان	
		(۵) ملتحمہ میں انسکاب الدم	
		(۶) احتقان ہدبی	
۷	پلیٹ نمبر۵ ۱۱۴/۲	(۱) احتقان ظلی جس میں قرنیہ کی سطح پر جابجا بیاضی نقاط اور حزمہ نما احتقان پایا جاتا ہے۔	۳۳۶
		(۲) بثری التہاب قرنیہ۔	
		(۳) رمد حبیبی کا ایک درجہ	
		(۴) سبل قرنیہ کی شدید حالت	
		(۵) منظار عین کے ذریعہ نیچے کی طرف خلع عدسی دکھایا گیا ہے۔	
		(۶) موتیا بند کی حالت دن کی معمولی روشنی میں۔	
۸	پلیٹ نمبر۶ ۱۱۶/۲	(۱) آتشکی ظلی التہاب قرنیہ	۳۴۹
		(۲) " " "	
		(۳) رمد ربیع	
		(۴) قرنیہ کا قرحہ ساعیہ	
		(۵) " " "	
		(۶) ناخونہ	

نمبر شمار	نمبر تصاویر	تصاویر	نمبر صفحہ
		(۷) التہاب قرنیہ حزمی	
۹	پلیٹ نمبر۷ ۱۲۵/۲	(۱) عقدہ آتشکی جو کہ حدقی کنارے کے نزدیک عنبیہ کے دائرہ صغیرہ پر واقع ہے۔	۳۸۱
		(۲) قرنیہ کی مؤخر سطح پر رسوبی نقاط۔	
		(۳) موتیا بند کے آپریشن میں قطع عنبیہ کے غلاف کو توڑ کر عدسہ کو خارج کیا جاتا ہے اس میں کچھ حصہ غلاف کا رہ گیا ہے۔ غلافی حصہ سیاہ ہے اور بقیہ روشن نظر آتا ہے۔	
		(۴) زائیس کی خوردبین سے معائنہ کرنے پر قرنیہ کی مؤخر سطح پر رسوبی نقاط اور عنبیہ پر آتشکی عقد ابھاروں کی صورت میں۔	
		(۵) رمد حبیبی کا آخری درجہ جس میں حبیبات کے اچھا	

نمبر شمار	نمبر تصاویر	تصاویر	نمبر صفحہ
		ہونے کے بعد یعنی ندبی ساخت بن گئی ہے۔	
		(۲) زائیس کی خوردبین سے معائنہ کرنے پر عنبیہ کے اوپر آتشکی عقدہ نظر آتا ہے۔	
۱۰	پلیٹ نمبر ۸ ۱۲۵/۳	(۱) عنبیہ کا تدرن	۳۸۴
		(۲) چوٹ کی وجہ سے عنبیہ شق ہوگیا ہے۔	
		(۳) قرنیہ میں سوراخ ہو جانے کے بعد ایک دانہ کی صورت میں عنبیہ نکل آیا ہے۔	
		(۴) عدسہ بالکل غیر شفاف ہونے کی وجہ سے دکھائی دیتا ہے۔	
۱۱	پلیٹ نمبر ۹ ۱۲۷/۲	(۱) شق عنبیہ کی حالتیں	۳۹۵
		(۲) نیچے کی طرف اکھڑا ہوا عنبیہ	
		(۳) شنارہ رتقۃ العین	
		(۴) روماٹزمی عقدہ عنبیہ پر موجود ہے	
		(۵) قرنیہ کا اختقان دموی جس میں عروق نمایاں ہوگئے ہیں	

نمبر شمار	نمبر تصاویر	تصاویر	نمبر صفحہ
		(۶) الیک کے اپریشن کے بعد منظار عین سے دیکھنے پر عدقہ اور سوراخ روشن نظر آتا ہے	
۱۲	پلیٹ نمبر ۱۰ ۱۳۰/۲	(۱) موتیا بند کی آنکھ کا عدقہ عین پھیلایا گیا ہے۔	
		(۲) اسی آنکھ کو منظار عین کے ذریعہ اندھیرے کمرے میں دکھایا گیا ہے۔	
		(۳) منظار عین کے ذریعہ موتیا بند کی دوسری قسم دکھائی گئی ہے	
		(۴) منظار عین کے ذریعہ موتیا بند کی دوسری قسم دکھائی گئی ہے۔	
		(۵) دن کی معمولی روشنی میں خلع عدسی دکھایا گیا ہے۔	
		(۶) منظار عین کے ذریعہ خلع عدسی کو دکھایا گیا ہے۔	
۱۳	پلیٹ نمبر ۱۱ ۱۳۰/۶	تصلب شریانی میں آنکھ کی اندرونی شرائین میں تبدیلیاں۔	
		(الف) طبعی قعر عینی۔	
		(ب تا و) یکے بعد دیگرے مسلسل	

نمبر شمار	نمبر تصاویر	تصاویر	نمبر صفحہ	نمبر شمار	نمبر تصاویر	تصاویر	نمبر صفحہ
		پیدا ہونے والی تبدیلیاں جو کہ تصلب شریانی میں دیکھی جاتی ہیں۔ (ب) مذکورہ زرد رنگ کی شریانیں جو چاندی کے تاروں کی شکل اختیار کرتی ہیں۔ (ج) دندانہ دار اوردہ (ب ج) بعد میں اپنے اندر کہیں کہیں پھولے ہوئے اُبھار یا انتفاخات رکھتی ہیں۔ (د ہ) بل دار پیچ کے مانند عروق شعریہ۔ (ج د) پیچ نما شرائین اور وریدیں۔ (د ہ) عروق کے گرد التہاب (ج و) عروق کا تصلّب				جو کہ زیرین شاخ کو ماؤف کرتا ہے۔ (ب) عصب کے اندر مکمل سدہ ہونے کی وجہ سے مرکزی شریان مسدود ہوگئی ہے۔ (ج) مرکزی شریان کے اندر التہاب غدہ تحت الفک (کنور) کی وجہ سے انجماد دم۔ (د) ۶ ماہ کے بعد اُسی مریض کی حالت جس میں تصلّب اور ضمور عروق کا دکھایا گیا ہے۔ (ہ) شبکی عروق سے نزف الدم (و) عروق کے گرد آتشکی التہاب۔	
۱۴	پلیٹ نمبر ۱۲	شبکی عروق کے اندر تبدیلیاں (الف) مرکزی شریان کے اندر جزئی سدہ اٹکا ہوا ہے	۴۸۴	۱۵	پلیٹ نمبر ۱۳ ۱۳ ب	التہابات شبکیہ (الف) نفتر الدم خبیثہ کے اندر تہیج شبکیہ	۴۹۱

نمبر تختہ	نمبر تصاویر	تصاویر	نمبر صفحہ
		(ب) دم ابیض کے اندر التہاب شبکیہ۔ (ج) بول زلالی کے اندر التہاب شبکیہ حاملہ کا التہاب عصب بصری۔ (د) ایک حبشی کی آنکھ کے	
		اندر بول زلالی کی وجہ سے التہاب شبکیہ۔ (ہ) آتشکی التہاب شبکیہ۔ (و) ضمور شبکیہ و مشیمیہ اور قرص بصری بوجہ آتشکی التہاب شبکی و مشیمی۔	

بسم اللہ الرحمٰن الرحیم

مُقدمہ

گرم ممالک میں اُن طبی طلبا کے لئے جو امراض چشم کے علاج میں خاص مہارت پیدا کرنا چاہتے ہیں ضروری ہے کہ وہ اپنے گرد وپیش کے حالات و واقعات کا عمیق نظر سے مطالعہ کرتے رہیں تاکہ ان کے تجربات دیگر اشخاص سے وسیع وممتاز ہوں۔ یورپ کے معالجین کو یہ تجربہ ہندستان میں رہنے سہنے اور مصیبتیں جھیلنے کے بعد حاصل ہوتا ہے۔ اگر وہ انھیں تجربات اور مشاہدات کو منضبط کرتے رہیں تو یورپ کے نو وارد معالجین ان کے نقش قدم پر چل کر اپنی بہت سی مشکلات حل کر سکتے ہیں۔ یہ ضرور ہے کہ نو وارد معالجین کو بہت کچھ خود بھی حاصل کرنا پڑے گا۔ تاہم دوسروں کے تجربات سے بہرہ اندوز ہونے کا کافی موقع ملے گا۔ علاوہ اس کے ہمارے فارغ البال معالجین کے لئے بھی جو اپنی فطرتی ہمدردی کو غربا کے حالات اور مشکلات کے لئے وقف کر سکیں۔ نیز اُن معالجین کے لئے جن کو مدارج علمی طے کرنے کے بعد عملی زندگی میں قدم رکھنے کے لئے وسیع اور فراخ میدان نظر آتا ہے۔ جس میں آرام و آسایش اکثر اُن کے عزم وارادہ کو پست کرنے والا ثابت ہوتا ہے۔ یہ طریقہ کار نہایت مفید ہوگا۔ اب ہم انھیں تجربات اور واقعات کو جو گرم ممالک خصوصاً ہندوستان میں آنکھ کے معالجین اور مریضوں۔ دونوں کے لئے عجیب و غریب ہیں۔ مختلف عنوان کے ماتحت ذکر کرتے ہیں۔

ہندوستان میں مریضان چشم کے امدادی مراکز ایسے مراکز ہندوستان میں بہت کم اور ایک دوسرے سے کافی فاصلہ پر واقع ہیں۔ اگرچہ مغربی طلبا طب کے لئے اس امر کا سمجھنا دشوار ہے کہ جس ملک میں ۳۰ کروڑ کی آبادی ہو اور وہاں صرف چند شفاخانے آنکھ کے ہوں تو اس ملک میں آنکھ کے مریضوں کی کیا حالت ہوگی۔ تاہم جن لوگوں نے گرم ملک میں امراض چشم کا علاج سالہا سال بطور معالج خصوصی کے کیا ہو۔ وہ اس کا بخوبی

اندازہ کرسکتے ہیں کہ یہاں کتنی بیماریاں آنکھ کی ایسی ہوتی ہیں جو مناسب علاج و تدبیر نہ ہوسکنے کی وجہ سے مریضوں کی بینائی کو ہمیشہ کے لئے زائل کردیتی ہیں اور ان کی صحت و کسب معاش اور جمیع نوع انسانی پر برا اثر ڈالتی ہیں۔ حالانکہ اگر انھیں بیماریوں کے لئے مناسب تدابیر تحفظ اختیار کی جاتیں تو بہت سے مریض بالکل اچھے ہوسکتے تھے۔ اگر انصاف کی نظر سے دیکھا جائے تو معلوم ہوگا کہ ذمہ دار اشخاص نے اپنے فرائض کی انجام دہی میں کس قدر کوتاہی سے کام لیا ہے خصوصاً سرکاری طبی محکمہ جات میں جو طریقہ آج کل رائج ہے وہ بڑی حد تک نامکمل اور ناقص ہے افسران بالا کا خیال ہمیشہ اس امر پر رہتا ہے کہ کس افسر نے اپنے اخراجات میں کس قدر بچت کی ہے۔ بچت ہی کو ترقی کا معیار سمجھتے ہیں اور بچت کرنے والے کو اپنے انعامات کا مستحق بالفاظ دیگر کام کرنے والوں کو جو ضروری اجتہاد کو کورانہ تقلید پر ترجیح دیتے ہیں ناقابل اعتبار اور بسا اوقات قابل عتاب سمجھتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اعلیٰ افسران جو انتہائی مدارج طے کرچکے ہوتے ہیں ان کو اپنے فرائض منصبی اور ذمہ داری کا احساس بالکل نہیں ہوتا۔ بدیں وجہ یہ لوگ اپنے کار منصبی کو کماحقہ انجام بھی نہیں دے سکتے بہتر تو یہ تھا کہ ایسے اشخاص کو کسی چھوٹی آسامی پر مامور کرکے صرف روپیہ ہی بچاکر نیک نامی حاصل کرنے کا موقعہ دیا جاتا اور ان کو کوئی ایسی ذمہ داری کا کام نہ دیا جاتا جس میں اجتہادی عمل کی ضرورت ہوتی۔

یہ وسعت نظر۔ تخیل میں پرواز کی طاقت۔ ماحول کے متعلق ذاتی رائے کا رکھنا۔ روزانہ کے حالات اور حادثات سے کسی خاص نتیجہ پر پہونچنا اور ان کو عملی جامہ پہناکر ملکی آبادی کے اس حصہ کو کچھ فائدہ پہونچانا جن کی نہ کوئی سنتا ہے اور نہ وہ اس قابل ہیں کہ اپنی تکالیف کو بیان کرسکیں۔ یہ تمام اوصاف ان حکام میں شاذ و نادر ہی پائے جاتے ہیں۔

اس کے علاوہ۔ ہندوستان میں حکام ضلع اور طبی افسران کے مابین رقابت کا مسئلہ بھی قابل غور ہے حکام ضلع طبی افسران کی کسی سفارش کو جو پبلک کے مفاد سے تعلق رکھتی ہو قابل التفات نہیں سمجھتے۔ یہ شکایت صرف ہندوستان ہی تک محدود نہیں بلکہ دیگر ممالک میں بھی عام ہے اور حقیقت یہ ہے کہ ہندوستان کی حکمراں جماعت کے لئے یہ صورت حال نہایت افسوسناک ہے۔ حکمراں قوم کو محکوم قوم کی ضرورت کا احساس ہونا چاہئے تاکہ اس سے محکوم قوم نہ صرف اپنے اخراجات میں معتدبہ کمی اور اس سے فائدہ حاصل کرسکے بلکہ اخلاقیات میں بھی ترقی کرسکے۔

ہندوستان میں کم از کم چھ لاکھ اندھے اس وقت موجود ہیں۔ ان لوگوں کی تعداد اس سے علحدہ ہے جو مختلف بیماریوں سے اندھے ہوئے ہیں یا صرف کسی حد تک اندھے ہیں۔ اس میں شک نہیں کہ اگر ان کا معقول طریقہ پر علاج کیا جاتا یا حفظان صحت

کی مناسب تدابیر پر ان کو عمل کرایا جاتا تو ان میں سے کافی تعداد اندھا کرنے والی بیماریوں سے محفوظ رہ سکتی۔ اب اس نقصان کی تلافی کی پہلی صورت یہ ہے کہ آنکھ کے شفاخانوں کی تعداد میں اضافہ کیا جائے مگر اس کے ساتھ یہ بھی ضروری ہے کہ ان شفاخانوں میں نگراں اور محافظ ہمدرد اور لائق رکھے جائیں۔ موجودہ حالات مایوس کن ہی نہیں بلکہ خطرناک بھی ہیں جن کی تمام تر ذمہ داری حکام پر ہے ان کا فرض ہے کہ ان بیماریوں کی اصلاح اور انسداد کی کوشش کریں۔ مذکورہ باتیں طبیب کے دل پر نقش ہونا چاہئیں خصوصاً جب کہ بنی نوع انسان کے واسطے ہم زائد از زائد کوشش کرنے پر آمادہ ہوں۔

دوسرے آمد و رفت کی سہولتیں بہم پہونچائی جائیں۔ وسائل آمد و رفت یعنی ریلیں یا لاری وغیرہ ہندوستان میں نیز دیگر گرم ممالک میں ضرورت کے لحاظ سے بہت کم ہیں۔ بیچارے مریض دور دراز کی مسافت طے کرکے ریل تک پہونچتے ہیں اور پھر ان کو جو کرایہ ادا کرنا پڑتا ہے وہ ان کے لئے اس قدر گراں بار ہوتا ہے کہ ان کے برسوں کے اندوختے بھی کفایت نہیں کرتے اس لئے ایسے مریضوں کو شفاخانوں یا معالجوں تک پہونچنے میں بڑی دشواریوں کا سامنا ہوتا ہے بیچارے غریبوں کے لئے یہ ایک زبردست مشکل ہے جس سے ہندوستان کی کثیر آبادی کو دوچار ہونا پڑتا ہے کیونکہ یہاں کی اکثریت غریب ہی ہے۔ اکثر غریب بعض یا تمام اندوختہ خرچ کرکے شفاخانہ تک پہونچتے ہیں پھر واپسی کے لئے ان کے پاس کچھ نہیں رہتا! ان تمام باتوں سے ظاہر ہوتا ہے کہ ان لوگوں کے لئے اپنی آنکھ کا علاج کرانا کس قدر دشوار ہے۔

باوجود ان دشواریوں کے ان کے دلوں میں ہزارہا امیدیں اور حسرتیں ہوتی ہیں۔ بعض ان میں سے ایسے ہوتے ہیں جن کو ریل پر چڑھنے کا یہ پہلا اتفاق اور اپنی زندگی کا یہ پہلا سفر ہوتا ہے جو کسی شہر کے لئے اس مقصد سے کرتے ہیں۔ کیونکہ یہ لوگ دیہاتی زندگی کے عادی ہوتے ہیں۔ سوائے دیہاتیوں کے کبھی حکام اور معالجین کی انھوں نے صورت بھی نہیں دیکھی ہوتی۔ شہر میں پہونچ کر یہ گنوار متحیر اور پریشان پھرتے ہیں۔ معالجین کو چاہیے کہ تھوڑی دیر کے لئے اپنے آپ کو اُن کی جگہ فرض کرکے اُن کے اس سفر کو انھیں کے نقطۂ نگاہ سے دیکھیں اور ان کی امیدوں اور تمناؤں کا لحاظ کرتے ہوئے ہمدردی کریں۔ خصوصی معالجین کا فرض ہے کہ ان باتوں کا خیال رکھتے ہوئے اُن کے علاج میں مشغول ہوں تاکہ جس مقصد کے لئے یہ بیچارے اتنا طویل سفر طے کرکے ان کے پاس پہونچتے ہیں۔ اس میں یہ پورے طور پر کامیاب ہوں۔ یہی نہیں بلکہ یہ لوگ ناخواندہ بھی ہوتے ہیں جس کی وجہ سے اپنی مشکلات کا صحیح معنوں میں اظہار نہیں کر سکتے۔ لہذا ہمیں ان کی زبان بخوبی جاننے کے ساتھ ساتھ دامے درمے ان کی امداد کے واسطے بھی تیار رہنا چاہیے تاکہ ان مریضوں کو کامل یقین ہو جائے کہ معالج ہمارا ہم جنس ہی نہیں بلکہ ہمدرد بھی ہے ان کو یہ بھی اطمینان ہو جائے گا کہ معالج جو کچھ بھی ہمارے ساتھ کر رہا ہے

وہ کسی کے دباؤ سے نہیں بلکہ حقیقتاً ہمارے ساتھ ہمدردی ہی ہے غریب مریض جب منزل مقصود تک پہونچ جاتے ہیں تو دلوں میں دعائیں مانگتے ہیں کہ خدا کرے ان کی تکالیف و مصائب کا خاتمہ ہو جائے اور سرکاری شفاخانہ میں ان کے ساتھ اچھا برتاؤ ہو۔ لہذا ہمارا فرض ہے کہ غور و خوض کے ساتھ تشخیص کر کے ان کے علاج میں کوشش کریں اور کسی قسم کی کوتاہی کو مطلقاً دخل نہ دیں۔ بہت سے مریضوں کے اجفان میں التہابی کیفیت ہونے کی وجہ سے عمل جراحی یا آپریشن فوراً نہیں ہو سکتا! اور شفاخانوں میں زیادہ بھیڑ ہونے کی وجہ سے انہیں اسی وقت داخل بھی نہیں کیا جا سکتا لہذا ایسے موقع پر جب کہ یہ لوگ اپنے پاس کا تھوڑا بہت روپیہ خرچ ہو جانے کی وجہ سے گھر واپس جانے پر مجبور ہوتے ہیں تو اس وقت ہم کو ان کی مصیبت کا پورا پورا احساس ہونا چاہیئے اور کسی عملی ہمدردی سے دریغ نہ کرنا چاہیئے ورنہ ان مریضوں کا کنبہ کا کنبہ برباد ہو جائے گا اور مریض دوبارہ اپنی قسمت آزمائی کے لئے آمادہ نہ ہو سکے گا اور تمام عمر نابینائی کی محرومیوں کا مورد رہے گا۔

پس ایسی صورت میں ان مریضوں کو جن کو اپنے علاج کے لئے مذکورہ وجوہ سے شفاخانوں میں ٹھہرنا پڑتا ہے نہ صرف کھانا ہی دیا جائے بلکہ ان کی تندرستی بحال رکھنے کی بھی کوشش کی جائے تاکہ یہ بیچارے اپنا علاج روزانہ جا کر شفاخانہ میں جگہ ملنے کے وقت تک کرا سکیں جن مریضوں کی صحت، فاقہ کشی، سفر کی طوالت یا تکان سے گر گئی ہو۔ ان کو پہلے تندرستی اور آرام سے آشنا کرنا چاہیئے اس کے بعد ان کے آپریشن کی سبیل کرنا چاہیئے۔ اس طور پر ان کے دلوں میں اطمینان و سکون پیدا ہو کر دل کی مضطربانہ کیفیت دور ہو جاتی ہے اور ان کا دل اس نئے ماحول سے بھی مانوس ہو جاتا ہے۔

دوسرے یہ کہ ہمارے ملک اور گرم ممالک میں شفاخانوں کے افسران کا یہ فرض ہونا چاہیئے کہ مریضوں کے لئے صرف خوراک ہی نہ بہم پہونچائیں بلکہ ان کو اپنے سامنے کھلوائیں بھی۔ یا ایسے طریقے اختیار کریں جن سے مریضوں کو وہی کھانا ملے جو ان کے واسطے تجویز ہوا ہے جب شفاخانے کے ملازموں کو یہ معلوم ہو جائے گا کہ ڈاکٹر یا افسران بالا کسی وقت بلا اطلاع خوراک یا باورچی خانہ کا معائنہ کرینگے یا کھانے کو چکھ کر بھی دیکھیں گے تو یہ لوگ جملہ خرابیوں کو حتی الامکان دور کرنے کی کوشش کرینگے یہ بھی خیال رکھنا چاہیئے کہ کہ شفاخانہ کے ملازم مریضوں کو تنگ کر کے روپیہ وصول نہ کر سکیں۔ قاعدہ کے مطابق شفاخانوں میں نوکروں کو تنخواہ کے ساتھ کھانا نہیں ملتا۔ مگر یہ قاعدہ صرف کتابی ہے عملی طور پر وہ لوگ مریضوں کے بجٹ سے کھانا حاصل کرتے ہیں اگر کوئی افسر اس بے عنوانی کے تدارک کی کوشش کرے تو اس کو بڑی دشواریوں کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ ملازموں کو یکلخت برطرف کر کے دوبارہ رکھنے سے مزید ابتری سے دوچار ہونا پڑتا ہے یہ عادت ملازمین کی فطرت میں اس درجہ سرایت کئے ہوتی ہے جتنی کہ یورپ کے تفریح گاہوں کے خدامون میں انعام حاصل کرنے کی عادت۔ — اس کے تدارک کی بہترین صورت یہ ہے کہ ایسا انتظام کیا جائے کہ مریضوں کو تنگ کرنے کی حد تک نہ پہونچ سکے۔

موسم کے اختلاف اور بے شمار مختلف چیزوں کا اثر گرم ممالک میں آنکھ کے معالجہ پر بہت کچھ پڑتا ہے۔ ہندوستان کی آبادی کا بیشتر حصہ کاشتکاری پر اپنی گزراوقات کرتا ہے۔ بارش کے زمانے میں ہر شخص کی ضرورت اس کو کھیت میں کام کرنے پر مجبور کرتی ہے اس لئے وہ صبح و شام کام میں مصروف رہتے ہیں اور جب کھیت کی پیداوار پختہ ہو کر کٹ جاتی ہے تو اس کے بعد ان لوگوں کو اپنی تکالیف یا بیماری کی طرف متوجہ ہونے کا موقع ملتا ہے ان مریضوں کے ساتھ جب تک ان کا کوئی عزیز شفاخانہ میں رہنے کے لئے نہ مل جائے اس وقت تک یہ اپنے نزدیک اپنے علاج سے معذور ہوتے ہیں اور ان کو کسی عزیز تیمار دار کے میسر آنے تک انتظار کرنا پڑتا ہے جس میں بسا اوقات مریض اپنی قیمتی بینائی سے محروم ہو جاتے ہیں۔ ان واقعات کے دیکھتے ہوئے ہم کو مریضوں کے اعزہ کی جانب سے بڑی بدگمانی پیدا ہوتی ہے لیکن واقعہ یہ ہے کہ یہ بجائے اپنی پیدائش سے مرنے کے وقت تک ساری زندگی فاقہ کشی اور جانفشانی میں گذارتے ہیں۔ ان کے لئے محض زندہ رہنا ہی ایک بڑا مشکل مسئلہ ہے جو جائے کہ زیست کے مقابلہ میں دوسری کم درجہ کی مشکلات کی جانب متوجہ ہونا۔ یہ سب اُن کی مجبوریاں ہیں۔ بسا اوقات ان نادار لوگوں کے لئے ایک آدمی کے خورونوش کا انتظام کرنا تاکہ وہ اپنا کام کاج چھوڑ کر ان کے ساتھ رہ سکے بہت زیادہ دشوار ہوتا ہے یہ وہ بڑا سبب ہے جس کی وجہ سے ہم کو ہندوستانی گاؤں اور شہروں میں ہزارہا آدمی ایسے ملتے ہیں جن میں کام کرنے کی قوت بالکل مفقود ہوتی ہے اور وہ بجائے مایوس ہو کر بیٹھ جاتے ہیں۔

ہر معالج خصوصی کو گرم ممالک میں مذکورۂ بالا حالات اور واقعات کا پورے طور پر لحاظ رکھنا ضروری ہے بعض اوقات معالجین کو بعض آپریشن اس کے مناسب وقت سے پہلے (اس امر سے قطع نظر کرتے ہوئے کہ اس کا نتیجہ کیا ہوگا) کرنا پڑتا ہے مثلاً موتیابند اور زرق الماء۔ نزول الماء اخضر بہت ممکن ہے کہ اسی آپریشن پر مریض کی بینائی کا دار و مدار ہو اگرچہ ایسی مشتبہ حالت میں معالج کے لئے آپریشن کا کرنا بڑی ذمہ داری کا کام ہے مگر پھر بھی اس کو ایسی تدابیر اختیار کرنے کی ضرورت ہوتی ہے جو دوسرے حالات میں بالکل ہی ناممکن العمل معلوم ہوتی ہیں اس طرح اکثر ان کو کوئی آپریشن بطور حفظ ماتقدم کے کرنا پڑتا ہے مگر ایسے آپریشن کا ان کو ان مریضوں پر وہم بھی نہیں ہوتا جن کے متعلق یہ خیال ہو کہ یہ ہر وقت معالج سے مشورہ حاصل کر سکتے ہیں۔

عوام کا اعتقاد

معالج کے لئے یہ معلوم ہونا تعجب خیز ہوگا کہ مریض اُس کے علاج معالجہ پر کس قدر اعتقاد رکھتے ہیں جس شخص نے مریضوں کا علاج کسی (Out-patient) شفاخانہ میں کیا ہو وہ اس سے خوب واقف ہوتا ہے کہ بسا اوقات سینکڑوں میل کا سفر طے کر کے مریض معالج خصوصی کے پاس پہونچتا ہے خصوصاً جب کہ اس کی شہرت اطراف میں دور دور تک پھیلی ہو۔ کبھی ایسا ہوتا ہے کہ مریض معالج تک پہونچنے کیلئے بھیک مانگ کر روپیہ جمع کرتا ہے اور اپنی زندگی کا تمام اندوختہ اس سفر میں

خرچ کر کے منزل مقصود تک پہونچتا ہے یہاں اس کا نام لکھ کر ایک قطار میں کھڑا کر دیا جاتا ہے ایسی حالت میں وہ معالج کی طرف اس طرح دیکھتا ہے جیسے کوئی دیوی دیوتا یا ماں باپ کو دیکھ رہا ہو۔ اس وقت اس کے دل میں کسی نئی چیز سے متعارف ہونے کی کیفیت نہیں ہوتی بلکہ اس کی حالت ان لوگوں کے مانند ہوتی ہے جو اپنی قسموں اور منتوں کے پورا کرنے کے لئے کسی بڑی خانقاہ یا مندر میں حاضر ہوئے ہوں اس کے دل پر امید و بیم رجاء و خوف اعتماد و شک کی مختلف اور متضاد کیفیتیں طاری ہوتی ہیں کبھی اس کے دل میں یہ بھی خیال ہوتا ہے کہ میں نے تو اپنا فرض ادا کر دیا اب دیکھیں پردۂ غیب سے ہماری قسمت کا کیا فیصلہ ہوتا ہے۔ اپنے نزدیک یہ ایک ایسے شخص کے پاس آیا ہے جو بینائی تقسیم کرتا ہے لہذا کچھ بھی ہو اس پر تن بہ تقدیر شاکر رہتا ہے۔ ان کیفیات کا اس پر اس درجہ ہجوم ہوتا ہے کہ اپنے مرض کے متعلق تمام حالت و کیفیت و سوالات کا صحیح جواب دینا بھی ناممکن ہوتا ہے ان کے دلوں میں یہ خیال ہوتا ہے کہ جیسے امریکہ کی کسی فیکٹری میں مختلف اشیاء طیار کی جاتی ہیں اسی طرح ان کا علاج بھی ہوگا کہ ایک طرف سے آپریشن کر کے ان کی آنکھوں میں بینائی داخل کر دی جائیگی اور دوسری طرف سے وہ صحیح و سالم تندرست بنا کر نکال دئے جائیں گے۔ اپنی طرف سے کوئی بات پوچھنے کا ان کے دلوں میں خیال تک نہیں ہوتا۔ ان کے ان ذہنی نظریات سے معالج کو فائدہ اور نقصان دونوں حاصل ہوتے ہیں۔

اس بے بسی کے علاوہ ایک اور محرومی ان بیماروں کے ساتھ وابستہ ہوتی ہے۔ وہ قدیم کورانہ توہم پرستی ہے جو مذکورہ بالا حالات و واقعات سے بالکل جداگانہ چیز ہے۔ ان میں سے بعض نجومیوں سے رجوع کر چکے ہوتے ہیں اور شگون کے قائل ہوتے ہیں۔ اگر کوئی نجومی ان کے علاج کے خلاف رائے دے تو وہ آپریشن کرانے سے فوراً انکار کر دیتے ہیں۔ یا کسی دوسرے مناسب موقعہ کے لئے ملتوی کر دیتے ہیں۔

مختلف اوقات میں خاص خاص گھنٹے ان کے نزدیک کسی اہم اور بڑے کام کے افتتاح کے لئے زیادہ بہتر اور انسب خیال کئے جاتے ہیں جن کے علاوہ دوسرے اوقات بہتر نہیں سمجھے جاتے۔ یہی نہیں بلکہ ان کے نزدیک دوسرے اوقات میں کام ہونے سے بدنصیبی کا شکار ہونا لازم ہے لہذا معالج کو گرم ممالک میں ان باتوں کا خیال رکھنا نہایت ضروری ہے۔ مگر ساتھ ہی یہ بھی یاد رکھنا چاہئے کہ ان باتوں کا مریضوں کی ذہنیت پر بہت بڑا اثر ہوتا ہے لہذا ان کے اعتماد کو کسی طرح کھونے کی کوشش نہ کرنا چاہئے تاکہ مریض کو یقین ہو جائے کہ وہ ضرور صحتیاب ہوگا۔ ایسی صورت میں مریض بھی معالج کی امداد کے لئے دانستہ یا نادانستہ ہر طرح تیار رہتا ہے۔ اس لئے ضرورت ہوتی ہے کہ موسم اور وقت کا لحاظ رکھتے ہوئے ان کے معتقدات اور رجحان و میلان کی کسی حد تک موافقت کی جائے۔ معالج کے لئے یہ بھی آسان ہے کہ وہ نجومی پر ایسا اثر ڈالے کہ وہ آپریشن کا وقت وہی بتائے جو

معالج پسند کرتا ہے تاکہ مریض بلا کسی تکلف کے مسرت کے ساتھ اپنا آپریشن کرانے کو تیار ہو جائے بخلاف اس کے اگر مریض کو یہ یقین دلایا گیا کہ اس وقت آپریشن کرانے سے وہ کسی مصیبت کا شکار ہونے والا ہے تو پٹی بندھی ہوئی حالت میں اس کو مختلف ذہنی عوارض لاحق ہوں گے جو بڑی حد تک تکلیف دہ ثابت ہوں گے۔ یہی وجہ ہے کہ کامیاب معالجین ہمیشہ مذکورہ طریق کو استعمال کرتے ہیں جس سے اُن کی جملہ مشکلات آسان ہو کر اُن کی کامیابی اور کامرانی کا باعث ہوتی ہیں۔ ان تمام چیزوں کے علاوہ ایک کمزوری ان میں اور بھی ہوتی ہے وہ یہ کہ بلا کسی طبیب کے مشورہ کے کبھی کبھی اِدھر اُدھر کی بتائی ہوئی دیسی ادویہ کا استعمال کر بیٹھتے ہیں اس سے دو نقصان ہوتے ہیں اوّل یہ کہ علاج کے دوران میں ان ادویہ کے استعمال سے مختلف خرابیاں پیدا ہونے کا اندیشہ ہوتا ہے اور پیدا ہو بھی جاتی ہیں۔ دوسرے یہ کہ تکالیف کی زیادتی ہو جاتی ہے۔ اگر نقصان پہونچے تو معالج کے علاج پر الزام رکھا جاتا ہے اور فائدہ پہونچے تو ان ادویہ کی طرف منسوب کرتے ہیں۔ توہم پرستی کا یہ واقعہ صحیح ہے کہ ایک مریضہ نے کسی مرض میں کچھ پتے استعمال کئے اور جب فائدہ نہیں ہوا تو اس نے خیال کیا کہ وہ پتے چاند کی کسی تاریخ میں جو اس کے لئے ضروری تھیں نہیں حاصل کئے گئے اسی وجہ سے اُن سے فائدہ نہیں حاصل ہوا۔

اکثر ان کی جہالت اور توہم پرستی سے لوگ ناجائز فائدہ اٹھاتے ہیں یہ شکایت ہندوستان میں بہت عام ہے جس کا صحیح اندازہ مختلف ریاستوں میں پہونچ کر ہوتا ہے۔ میرا خیال ہے کہ ہر مریض کو شفاخانوں میں داخل ہونے کے لئے وہاں کے ملازمین کو کچھ نہ کچھ دینا پڑتا ہے اگر وہ ایسا نہ کرے تو اس کو مختلف طریقہ سے تنگ کیا جاتا ہے کھانا کم دیا جاتا ہے جو دوا اس کے واسطے علاجاً تجویز کی جاتی ہے وہ اس کو نہیں دی جاتی۔ یا یہ کہ مریض کو ٹال دیا جاتا ہے کہ ڈاکٹر نے دوا بند کر دی اور اگر وہ بیچارہ چاہے کہ جلد شفایاب ہو کر اپنے مکان کو واپس جائے تو اس کو جلد آپریشن کے لئے تیار نہیں کیا جاتا بلکہ مختلف حیلوں سے ٹال دیا جاتا ہے۔

بعض اوقات اس سے زائد تکلیف دہ طریقہ نوکر چاکر استعمال کرتے ہیں مثلاً یہ کہہ دیتے ہیں کہ فلاں ڈاکٹر یا معالج خود بھی روپیہ یا کوئی اور قیمتی شئے بطور تحفے کے وصول کرنا چاہتا ہے اور اس کے وصول کرنے کے بعد اُس کا آپریشن کیا جاتا ہے۔ جو لوگ یہاں کے سرکاری شفاخانوں کی فضا اور اُن کے حالات سے ناواقف ہیں۔ اُن کے نزدیک ان باتوں کا استیصال بالکل آسان معلوم ہوتا ہے مگر حقیقتاً یہ بہت زیادہ دشوار ہے خواہ کتنی ہی کوشش کیوں نہ کی جائے کسی خادم کے جرم کی شہادت ملنا ناممکن ہے چونکہ یہ عادتیں ان کی فطرت میں سرایت کئے ہوئے ہوتی ہیں اور ان کی اصلاح کلیتاً غیر ممکن ہوتی ہے لہٰذا ہم کو بھی کسی قدر چشم پوشی کرنا چاہئے مگر اس کا خیال رکھیں کہ یہ کسی خاص حد سے تجاوز نہ کر سکیں۔ ہاں اس کے تدارک کی

صرف ایک صورت یہ ہو سکتی ہے کہ معالج مریضوں کے ساتھ نہایت محبت سے پیش آئے اور اُن کو اس بات کا یقین دلائے کہ وہ اُن کا صحیح معنوں میں دوست ہے جو اس طرح زیادہ آسانی سے ہو سکتا ہے کہ مریض کے پاس کچھ دیر تک بیٹھ کر اُس کے دکھ درد میں شریک ہو۔ اور اس کے واسطے اپنے تھوڑے وقت کا ایثار کرے۔ مریضوں سے اُن کے گاؤں۔ گھر۔ رشتہ داروں۔ بچوں کے متعلق نہایت محبّت کے ساتھ کچھ باتیں دریافت کرے تو مریض اس کو اپنا ہمدرد جان کر نہ صرف اپنے متعلق بلکہ اپنے متعلقین کے متعلق بھی عام باتیں بتا دیگا۔ ایسا کرتے رہنے سے ایک اعتدالی صورت قائم ہو جائے گی۔ اس سے نہ صرف یہی ہوگا بلکہ مریض بیچارہ جب مکان واپس جائے گا تو معالج کی بہت زیادہ تعریف کریگا۔ اور یہ تعریف ہر حیثیت سے معالج کے لئے مفید ہوگی۔ لہذا ہر معالج کا فرض ہے کہ اس کو اپنے مریض کے عادات، رسوم اور زبان کا پورا پورا علم ہو تاکہ وہ مرض۔ مریض اور علاج سے با حسن وجوہ عہدہ برآ ہو سکے۔

بعض اوقات مغربی تاثرات کو قبول کرنے کے خلاف مشرقی ممالک میں عوام میں ایک خاص چڑ پائی جاتی ہے وہ انسانی ہمدردی جس کا چرچا پچھلی ۱۹ صدیوں سے مشرقی ممالک میں چلا آتا ہے اور جس کے متعلق ہم بلا خوف تردید کہہ سکتے ہیں کہ یہی ہمدردی عیسوی تاثرات کو مشرق میں پہونچانے کی ذمہ دار رہی ہے۔ ہندوستانیوں کا اس سے متاثر ہونا بجا ہے۔ مغربی تہذیب کے علم بردار اگر صرف انسانی ہمدردی کی بنا پر ان غربا کی مدد کریں اور زیور علم و عمل سے ان کو آراستہ کریں تو ایک حد تک کوئی حرج نہیں۔ جو لوگ اس کام کی انجام دہی کے ذمہ دار ہیں وہ عموماً عیسائی مشنری طبقہ سے تعلق رکھتے ہیں جن کی دلی خواہش مذہب کی تبلیغ ہوتی ہے گویا وہ اپنی ہمدردی کا اس کو معاوضہ سمجھتے ہیں اور اس کے کوشاں رہتے ہیں بایں ہمہ جب کوئی معالج صحیح معنوں میں ہمدردی کرنے والا ہو تو ہمارے ابناء وطن جوق در جوق پہونچتے ہیں اور ان کو تبلیغ مذہب اور خدمت خلق دونوں کا موقع ملتا ہے۔

یہ ضرور ہے کہ مغربی معالجین کو ہندوستان میں زیادہ مشکلات پیش آتی ہیں۔ تاہم جو لوگ پورے طور پر لوگوں کے دلوں میں گھر کر کے اپنے تئیں ان کا سچا ہمدرد ہونے کا یقین دلاتے ہیں۔ ان کے پاس لوگ بلا تکلف چلے آتے ہیں کیوں کہ بیچارے غریبوں کے نزدیک ایسا معالج جو اُن کی تکلیف دور کرنے پر آمادہ ہو وہ ایک بڑے محسن سے کم وقعت نہیں رکھتا۔ ہندوستانی معالجین کے لئے بھی یہ تمام باتیں اتنی ہی ضروری ہیں جتنا کہ مغربی معالجین کے لئے۔ بلکہ میرا تو یہاں تک خیال ہے کہ اوّل الذکر کو ہر چیز میں موخر الذکر سے سبقت لے جانی چاہئے کیونکہ ہم پر یہ ذمہ داری دو طرح سے عائد ہوتی ہے اوّل یہ کہ اپنے ابناء وطن کی خدمت ہمارا فرض ہے۔ دوسرے یہ کہ تمام باتیں ہندوستانی ہونے کی حیثیت سے ہمارے لئے آسان ہیں۔

مشرقی مستورات۔ عورتوں کا اثر نجومیوں سے بسا اوقات زیادہ ہوتا ہے ایک شخص اپنے یا اپنے بچے کے متعلق کسی معالج

کی رائے پوچھتا ہے اور اس پر یقین بھی رکھتا ہے۔ پھر بھی وہ بسا اوقات یہی فیصلہ کرتا ہے کہ پہلے اپنے گھر میں مستورات کی رائے حاصل کرلے اور یہ امر مسلّمہ ہے کہ ان مستورات کا فیصلہ ہمیشہ آپریشن کے خلاف ہوتا ہے۔ میرے خیال میں اس کی وجہ یہی ہے کہ بیچاری تعلیم سے بے بہرہ بالکل الگ تھلگ زندگی بسر کرنے کی عادی ہوتی ہیں۔ ظاہر ہے کہ ایسی صورت میں اُن کی رائے ہمیشہ یہی ہوگی۔ عورتیں تو درکنار مردوں کا بھی یہی حال ہے اگر کسی شخص کو آپریشن کی رائے دی جائے تو باوجود مفید جاننے کے بھی دل سے یہی چاہتا ہے کہ کسی طرح اس سے بچ جائے تو بہتر ہے۔ اس دلی خیال کو تقویت پہونچانے کے لئے ایسا آدمی نہ صرف گھر ہی میں رائے پوچھیگا بلکہ دوسرے ڈاکٹروں اور حکیموں کے پاس بھی جائے گا جو اس سے یہ کہدے کہ اس کی بیماری علاج طلب ضرور ہے مگر آپریشن کی کوئی خاص ضرورت نہیں بس یہ مریض اسی کو سب سے لائق سمجھے گا اور اسی سے علاج کے لئے رجوع کریگا اور پورا بھروسہ بھی اسی پر رکھے گا۔ اس جہالت کی اصل وجہ تعلیم سے مستورات کی محرومی ہے اگر اس طرف توجہ کی جائے تو ان کی تعلیمی روشن خیالی ان کے لواحقین کے واسطے بھی کارآمد ثابت ہوگی اور ہر کام میں یہی نسوانی طبقہ ہمارے لئے مہمیز کا کام دے گا اور ہم کو انواع واقسام کی نکبت وہلاکت سے بچاکر ہماری ہمت افزائی کا باعث بنے گا۔ خدا کا شکر ہے کہ ہندوستان میں کسی قدر مستورات میں تعلیم مقبول ہونے لگی ہے بایں ہمہ ہندوستان میں ایسی خواتین بھی ملتی ہیں جو تعلیمی روشن خیالی کی وجہ سے صحیح معنوں میں مشرقی ہیں۔ ہر صحیح بات کو ماننا اپنا فرض سمجھتی ہیں اور دوسروں کو ہم خیال بنانا اپنا نصب العین جانتی ہیں محبت وشفقت سے دوسروں کو نیک مشورہ دیتی ہیں۔

غیر تعلیم یافتہ وطنی معالجین کا اثر

اس وقت صرف اس قدر ظاہر کردینا کافی ہے کہ ان لوگوں کا اثر دو طرح کا ہوتا ہے اوّل یہ کہ ان کا جہاد ڈاکٹروں اور ان کے علم کے خلاف بالکل کھلا ہوا ہوتا ہے۔ ایسا کرنے سے ان کو فائدہ پہونچتا ہے۔ عام پبلک میں گھُل مِل کر ہر طریقہ سے جھوٹ بولنا اور طبیبوں کے متعلق غلط فہمی پیدا کرنا ان کا بہترین مشغلہ ہے۔ ان کو اپنی زندگی کے ہر لمحہ میں ایسے مواقع ملتے ہیں جن میں یہ اپنا زہریلا اثر ہر طرف پھیلاتے رہتے ہیں اگر کسی مرض میں طبیب کو ناکامی ہو تو بہت ہی بُری طرح اپنے فائدہ کی خاطر رسوا کرتے ہیں۔

معالجین خصوصی کے لئے یہ غیر تعلیم یافتہ جراح ایسے مریضوں کو بڑھاتے رہتے ہیں جو اُن سے آنکھوں کا علاج کرکے ناکام رہتے ہیں ان مریضوں کی تعداد اس قدر کثیر ہوتی ہے کہ اگر یورپ میں یہ مثال پائی جائے تو ایسے لوگ پبلک کو دھوکہ دینے کے جرم میں کیفر کردار کو پہونچائے جائیں

گرم ممالک میں امراض چشم کی کثرت

یہ نہایت وثوق کے ساتھ کہا جاسکتا ہے کہ ہندوستان میں ایسے لوگوں کی تعداد بہت ہی کم ہے جو جوانی تک پہونچتے پہونچتے مختلف قسم کے امراض چشم میں مبتلا نہ ہوتے ہوں

ان کے گھر کے حالات - موسم وہوا کے تغیرات - مختلف قسم کے جراثیم کو پھیلانے میں ممد ہوتے ہیں۔ جو بالآخر ملتحمہ میں مختلف بیماریوں کا سبب بنتے ہیں۔ نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ آنکھ کی بہت سی بیماریاں وبائی صورت میں ہر سال نمودار ہوتی ہیں۔ یہ ضرور ہے کہ ان میں کمی بیشی بھی ہوتی رہتی ہے۔ مگر آنکھ کے شفاخانہ میں ہر حالت میں کافی جمگھٹ لگا رہتا ہے۔ میں نے خود وبائی زمانہ میں پانچ پانچ چھ چھ مریض ایک ساتھ وبائی امراض کے ایک ایک شفاخانہ میں دیکھے ہیں۔ جب یہ وبائی بیماریاں رونما ہوتی ہیں تو ایسے مریض جو پہلے ہی سے کسی مرض میں مبتلا ہوں۔ اُن کی تکلیف میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ غور کرنے سے معلوم ہوگا کہ مشرقی ممالک میں کس قدر تعداد بیماروں کی ایسی ہوتی ہے جو اس سے قبل التہاب ملتحمہ میں مبتلا ہوئی ہے خصوصاً چین اور افغانستان ایسے ممالک میں رہا علاج معالجہ کا سوال تو یہ ماننا پڑے گا کہ مشرقی ممالک میں اس کا انتظام ابھی تک ناقص ہے یا یوں کہنا چاہیے کہ ابھی ابتدائی حالت میں ہے۔ معالجین کی تعداد کم ہونے کی وجہ سے اکثر مریض گھریلو ادویہ پر اکتفا کرتے ہیں جن میں سے بعض بڑی خطرناک ہوتی ہیں۔

وہ اسباب جو قرنیہ کا التہاب پیدا کرتے ہیں یا طبقۂ عنبیہ یا عصب باصرہ کے التہاب کا باعث ہوتے ہیں یورپ اور ایشیا میں یکساں طور پر یہی بیماریاں پیدا کرتے ہیں۔ گرم ممالک میں تناسلی یا زہری بیماریاں بہت ہیں۔ ان کے علاوہ عددی ذاتی کی وجہ سے عفنی شکایات بھی یورپ کے مقابلہ میں مشرقی ممالک میں زیادہ ہوتی ہیں۔ مثلاً مشرقی باشندوں میں "التہاب لثہ" ذاتی تسمم پیدا کرنے کا بڑا سبب ہوتا ہے۔ ملیریا، پیچش اور بہت سی نامعلوم بیماریاں جو یورپ میں بالکل ناپید ہیں۔ ہندوستان میں اور دیگر مشرقی ممالک میں امراض چشم کے پیدا کرنے میں معاون ہوتی ہیں۔

ہمیں یہ یاد رکھنا چاہیے کہ مشرق میں بہت زیادہ شکایت موتیابند کی ہوتی ہے۔ اسی طرح زرق الماء اور دمعی رکاوٹ، جفنی شکایات اور دیگر امراض چشم جن کے آپریشن کی ضرورت پڑتی ہے ان میں مشرقی باشندے بکثرت مبتلا ہوتے رہتے ہیں۔ اس وقت یہ بحث کرنا کہ ان میں سے کون زیادہ یا کم خطرناک ہیں یا ان میں سے کون مشرق میں زیادہ اور کون یورپ میں زیادہ ہوتی ہیں بے سود ہے۔ لہٰذا ہم اس کو نظر انداز کرتے ہیں۔

مختلف امراض چشم کے مریض مشرقی معالجین کے پاس بہت دیر میں پہونچتے ہیں۔ خصوصاً آنکھ کے سلعہ خبیثہ کے مریض تو اس وقت ڈاکٹروں یا کحال کے پاس پہونچتے ہیں جب اُن کا آپریشن ناممکن ہوتا ہے۔ اس وقت معالج کے بس میں صرف یہ رہ جاتا ہے کہ وہ مریض کو اس قابل کر دے کہ وہ بآسانی زندگی گذار سکے اور درد وغیرہ کی تکلیفیں کم ہو جائیں۔ یہ رسولیاں بعض اوقات اتنی بڑی دیکھنے میں آتی ہیں کہ ان کو دیکھ کر تعجب ہوتا ہے اور سمجھ میں نہیں آتا کہ مریض کیوں اب تک کسی معالج کے پاس نہیں گیا۔ یہ دیکھ کر کہ جہالت نے مریض

کی حالت اس قدر ردی کر دی ہے۔ دل کو سخت تکلیف ہوتی ہے۔ مگر مشکل یہ ہے کہ ایسے مریض اگر معالج کے پاس شروع ہی میں پہونچ جائیں اور تشخیص بھی صحیح ہو جائے تو بھی آپریشن کے لئے کسی طرح تیار نہیں ہوتے۔ بلکہ بدگمانی کی بنا پر معالج کی رائے کو بدنیتی پر محمول کرتے ہیں اور فائدہ سے محروم رہتے ہیں۔

موتیابند کے مریض جن کے آپریشن کا صحیح اور موزوں وقت گذر چکا ہوتا ہے اس قدر عام ہیں کہ ہر بیس آپریشنوں میں کم از کم دس بیس اس طرح کے ملتے ہیں۔ انتفاخی موتیابند کے بعد زرق الماء کا نمبر ہے اس کو ہمیشہ یاد رکھنا چاہیے تاکہ کسی وقت صحیح تشخیص میں دقت نہ ہو ابتدائی زرق الماء کے مریض اس قدر دیر کے بعد ڈاکٹروں کے پاس پہونچتے ہیں کہ ان کی بینائی کے محفوظ رکھنے کے لئے کوئی تدبیر نہیں ہو سکتی۔ ایسے وقت میں ہم صرف مریض کی تکلیف اور دکھ کو کم کر سکتے ہیں۔ عنبیہ کے التہاب کی جب بہت خراب حالت ہو جاتی ہے تو اس وقت مریض علاج کا ارادہ کرتا ہے اور بعض اوقات تو علاج کی بے ترتیبی و بدعنوانی سے مریض کی حالت بہت ہی ردی ہو جاتی ہے۔ شفاخانوں میں عموماً حدقہ عینین کے غائب ہو جانے کے بعد مریض آتے ہیں۔ اسی وجہ سے زرق الماء کے مریض کثرت کے ساتھ ملتے ہیں۔ اور زردچیپی یا روہوں کے مریض اگر ابتدا مرض ہی میں ڈاکٹروں کے پاس پہونچ جائیں تو ان کی بینائی جملہ مضر اثرات سے محفوظ رکھی جا سکتی ہے۔ حالاں کہ مشرقی ممالک میں جس قدر مریض ان بیماریوں سے اندھے ہو جاتے ہیں ان کی کوئی انتہا نہیں ہے۔

مذکورہ بالا بیماریوں کے علاوہ قرنیہ کے قروح عموماً پائے جاتے ہیں۔ نظام دمعی کے التہاب کے ساتھ بھی قرنیہ کا گہرا تعلق ہے کبھی روزانہ شفاخانوں میں نظام دمعی کے پانچ پانچ آپریشن کرنے پڑتے ہیں۔ کاشتکاروں کے طبقہ میں ان کے روزانہ مشاغل میں چوٹ چپیٹ کے لگ جانے اور بچوں کے ناخنوں کے زخموں۔ بے پڑھے لکھے معالجین کے علاج کی وجہ سے ایسے مریض ملتے ہیں جن کی آنکھ کے ڈھیلے میں التہاب قائم ہو چکا ہوتا ہے۔ جاہل قوموں میں بینائی کے تحفظ اور اصلاح کا خیال بہ نسبت یورپ کے باشندوں کے بہت کم ہوتا ہے۔ ہندوستانی باشندوں میں صرف تعلیم یافتہ یا جن کو تعلیم یافتہ لوگ توجہ دلاتے ہیں۔ وہ اپنی بینائی کے تحفظ کے لئے ڈاکٹروں سے رجوع کرتے ہیں۔ زیادہ تر یہاں کے لوگ عینک خریدنے کی استطاعت نہیں رکھتے۔ اسی وجہ سے موتیابند کے آپریشن کے بعد ان لوگوں کی حالت خراب ہو جاتی ہے۔ اس کے علاوہ مستورات عینک کا استعمال پسند بھی نہیں کرتیں کیوں کہ ان کے ہمسائے ان کا مذاق اڑاتے ہیں۔ ان کے نزدیک ہمسایوں کا استہزا اپنی تکلیف اور بیماری سے زیادہ اہم ہوتا ہے تعلیم یافتہ طبقہ میں یا ان لوگوں میں جو لکھنے پڑھنے کا کام کرتے ہیں۔ بینائی کے امتحان کا رواج اور ضرورت بڑھتی جاتی ہے۔ بھینگے پن (حول) کا آپریشن یہاں کے لوگ بہت کم کراتے ہیں اور جو ارادہ بھی کرتے ہیں تو ان کی عمر بہت زیادہ ادھیڑ ہوتی ہے یا جن کو دوبارہ شادی کرنے کا اشتیاق

ہوتا ہے۔ یہ طریقہ خصوصیت کے ساتھ بنگال کے بعض معالجین کا ہے۔

غذا گرم ممالک میں غذا کا جو اثر بیماریوں پر ہوتا ہے اس کے متعلق خصوصاً موتیا بند کے سلسلہ میں بہت کچھ لکھا گیا ہے۔ حقیقت یہ ہے کہ اس کے متعلق جو کچھ بھی لکھا گیا ہے اس کا صحیح طور پر علم نہیں ہے۔ چوں کہ عموماً اس ملک میں سبزی اور بقولات کا استعمال زیادہ ہوتا ہے اس لئے کسی خاص غذا کی جانب کسی اثر کو منسوب کر دینا کچھ مشکل نہیں ہے مگر صحیح تحقیقات کے بغیر ایسا کرنا مناسب نہیں۔ کیونکہ موسم۔ دھوپ۔ گرمی۔ ہوا مٹی عادت مشغلہ آبائی تاثرات کے علاوہ اور بہت سی چیزیں ہیں جن کو امراض و اثرات میں کافی دخل ہے۔ لہذا ان چیزوں کا لحاظ بھی ضروری امر ہے اگر آبادی کے دو حصے لیسے ملیں جو گوشت اور سبزی کھانے کے عادی ہوں اور ان میں سے کسی ایک حصہ میں کوئی خاص بیماری بھی پیدا ہو تو اس کو نہیں بھولنا چاہیے کہ بیماری علاوہ ان چیزوں کے کسی اور وجہ سے بھی ہوسکتی ہے ممکن ہے کہ اس کا تعلق خوراک سے مطلقاً نہ ہو۔ ہوسکتا ہے کہ ان کے مکانات یا گاؤں شہر کے کسی خاص جگہ پر واقع ہونے کی وجہ سے یہ کیفیت مرض ان میں پیدا ہوئی ہو یا اُن کے پینے کے پانی سے اس مرض کا تعلق ہو یا کسی ایسی دوسری وجہ سے ہو جس کو مشاہدہ کرنے والا نظر انداز کر چکا ہے۔ محنتی اور جوشیلے معالجین کے لئے گرم ممالک میں نئے امور کی دریافت اور نئے تجربات کے حاصل کرنے کا بہت موقع ہے۔ مگر ساتھ ہی بڑے غور و فکر کی بھی ضرورت ہے۔

یہ خیال رہے کہ ہمیشہ بعض بدیہی باتیں ہی بیماریوں کا سبب نہیں ہوا کرتیں بلکہ بسا اوقات امراض کا تعلق نہایت پوشیدہ اور مخفی امور سے ہوتا ہے جن کے معلوم کرنے کے لئے تشریحی علم ہونا ضروری ہے لہذا ہم امراض چشم کے متعلق ضروری مقدمہ کو ختم کر کے تشریحی مباحث شروع کرتے ہیں۔

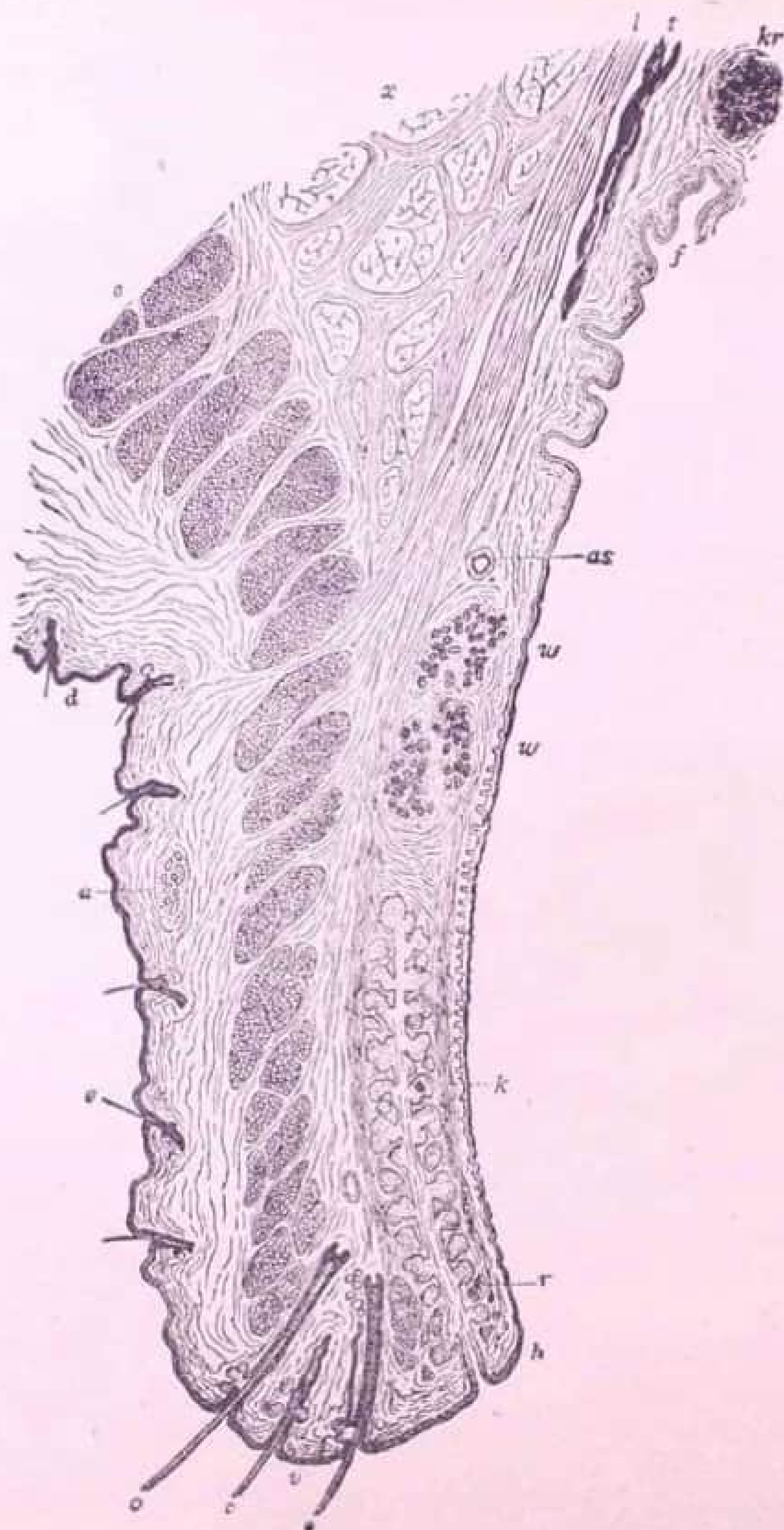
"تشریح"

اجفان

اجفان بیرونی جلد کے ان حصص کا نام ہے جو مقلہ عین کو ڈھانکتے اور اس کی حفاظت کرتے ہیں بالائی اجفان اوپر کی طرف ابرو (بھوؤں) پر ختم ہوتی ہیں اور زیریں نیچے کی طرف رخسارے کی جلد سے متصل ہوتی ہیں آنکھ کھولنے پر اجفان کے کنارے فتحۃ العین کو نیچے اور اوپر سے محدود کرتے ہیں اور بالائی و زیریں اجفان ایک دوسرے سے مل کر زاویہ چشم بناتی ہیں۔

بیرونی حقیم۔ بیرونی جانب دونوں جفنوں کے ملنے سے جو زاویہ پیدا ہوتا ہے اس کو بیرونی حقیم کہتے ہیں۔ اندرونی جانب

بالائی جفن کا عمودی قطع، اوپر کے حصہ میں جلدی چلت ، (d) دکھائی گئی ہے ، جہاں پر کہ جفنی جلد اندر کی طرف گھسی ہوئی ہے - نیچے جفنی جلد جفن کے زیریں مقدم کنارے کے اوپر سے گذر کر (۲) کی صورت میں گذرتی ہوئی نیچے جاتی ہے — (e) اس کے اندر باریک باریک روئیں پائے جاتے ہیں — (a) غدد عرقی ، (c. c. c.) جفن کے مقدم آزاد کنارے پر بال - ان مژگاں کے نزدیک زائیس کے شحمی غدد پائے جاتے ہیں — موخر مژگانی حویصلات کے مقدم جانب غدد مول کھلے ہوئے دکھائی دیتے ہیں — اور ان کی قناۃ شعری حویصلات کے ساتھ ساتھ چلکر ان کے اندر کھلتی ہیں— اس عمودی قطع میں جلد کے نیچے عضلہ قابضۃ الجفن کے الیاف کٹے ہوئے مختلف حصوں کی صورت میں موجود ہیں (o) جفن کی موخر سطح جو کہ غضروف سے ملحق ہوتی ہے ، اس پر ملتحمہ استر کرتا ہے ، اور زیریں غضروف جفنی کے ساتھ مضبوطی سے ملا ہوتا ہے — (k) ملتحمہ جفنی کے اندر الگ الگ حلمات دکھائی دیتے ہیں خصوصاً (k) اور (w) کے درمیانی حصوں میں (w) سے اوپر بڑھکر طاق جفنی (f) ملتحمہ کی غددی ساخت اختیار کرتا ہے — مائی بومیں کے غدد جفن کے موخر کنارے کے سامنے کھلتے ہیں — (h) ان غدد سے اوپر الجوی غدد پائے جاتے ہیں — (w ، w) ان کے اوپر کراوز کے غدد ہوتے ہیں — جن کے مقدم جانب عضلہ ملر پایا جاتا ہے اس کے علاوہ عضلہ رافعۃ الجفن کا وتر ملتا ہے — (t) (i) مذکور وتر سے الیاف عضلہ قابضۃ الجفن کے وسط میں سے ہوکر جفنی جلد تک پہونچتے ہیں — (z) مژگاں کی جڑوں کے اوپر زیریں غضروفی قوس دکھائی دیتی ہے ۔


l
t
kr
x
f
o
as
w
w
d
u
k
e
r
h
o
c
v

ان کے باہم ملنے سے جو زاویہ پیدا ہوتا ہے اس کی شکل گھوڑے کے سم کے مانند ہوتی ہے اس کو "اندرونی حقیم" کہتے ہیں۔

ہر شخص کا فتحۃ العین وسعت میں مختلف ہوتا ہے مگر عام طور پر اجفان اسی حد تک کھلتی ہیں کہ بالائی جفن سے قرنیہ کے اوپر کا حصہ کسی قدر ڈھکا رہتا ہے اور زیرین جفن قرنیہ کے زیرین حصے سے ذرا ہٹ کر نیچے رہتی ہے جو آنکھیں بڑی اور خوبصورت معلوم ہوتی ہیں وہ حقیقتاً بڑی نہیں ہوتیں بلکہ ان کا فتحۃ العین زیادہ فراخ ہوتا ہے اسی طرح چھوٹی معلوم ہونیوالی آنکھیں دراصل چھوٹی نہیں ہوتیں بلکہ ان کا فتحۃ العین معمولی حالت کے مقابلہ میں چھوٹا یا کم کشادہ ہوتا ہے۔

اجفان کی جلد بہ نسبت بقیہ جسمانی جلد کے پتلی ہوتی ہے اور اپنی زیرین ساختوں کے ساتھ غیر شحمی نسیج واصل کے ذریعہ ملحق رہتی ہے اس کو ہم بآسانی نیچے اوپر کر سکتے ہیں یہی وجہ ہے کہ آنکھ کے کھلنے اور بند ہونے پر آسانی کے ساتھ اس میں شکنیں پیدا اور غائب ہو جاتی ہیں۔ سن رسیدہ اشخاص کی اجفان کی جلد میں بہت شکنیں (جھرّیاں) ہوتی ہیں۔

اجفان کے قریب لیفی ندبی ساخت کے بننے کی وجہ سے اس میں بدوضعی بھی بہت جلد پیدا ہو سکتی ہے اجفان کی جلد اپنی زیرین ساختوں سے چونکہ غیر مستحکم طریقہ پر ملحق ہوتی ہے اس لئے زیر جلدی ساختوں میں اجتماع خون یا تہیج کی وجہ سے اس پر اثر پڑتا ہے مگر کناروں پر زیرین غضروف کے ساتھ جلد کا الحاق نہایت مستحکم ہوتا ہے۔ آنکھ کے بند ہونے کی صورت میں بالائی جفن کا زیرین کنارہ زیرین جفن کے بالائی کنارہ پر ٹھیک ٹھیک منطبق ہو جاتا ہے۔ اور "غدد مائی بومین" کے ترشحات کی وجہ سے رطوبت دمعیہ باہر کو خارج نہیں ہو سکتی۔ جن لوگوں کے عضلہ محیط جفنی کی وجہ سے اجفان بہت زور کے ساتھ بند ہوتی ہیں اگر ان کی آنکھوں کو زور سے کھولتے ہیں تو کئی قطرے آنسوؤں کے باہر نکل آتے ہیں یہ قطرات حقیقتاً اسی رطوبت دمعیہ کے ہوتے ہیں جو اجفان کے بند ہونے پر اندر ہی جاتی ہے اور باہر کو خارج نہیں ہوتی۔ ان ہی قطرات کے نکلنے سے یہ نتیجہ اخذ کیا جاتا ہے کہ اجفان کے بند ہونے پر اندر کی رطوبت باہر کو نہیں نکل سکتی۔

اجفان کے کناروں کی سطحیں جو ایک دوسرے پر منطبق ہو جاتی ہیں۔ ان کے دو کنارے ہوتے ہیں جن میں سے ایک مقدم اور دوسرا موخر کنارہ کہلاتا ہے۔ مقدم کنارہ کسی قدر گولائی لئے ہوئے ہوتا ہے اور اسی سے مژگاں کے بال لگے ہوتے ہیں بالائی جفن کے مژگاں کے بال زیادہ لمبے ہوتے ہیں اور موخر کنارہ حقیقتاً وہ مقام ہوتا ہے جہاں سے اندر کی طرف ملتحمہ کی ابتدا ہوتی ہے مقلہ عین کے اوپر جفن کی پوری لمبائی میں یہ کنارہ پایا جاتا ہے اور گول نہیں بلکہ دھاردار ہوتا ہے۔ اسی کے ذرا سامنے کی طرف اس پر ایک قطار نقاط کی پائی جاتی ہے۔ یہ نقاط حقیقتاً سطح پر غدد مائی بومین کے منہ ہوتے ہیں۔ اس نقاطی لکیر اور مژگاں کے درمیان ایک خاکستری خط دکھائی دیتا ہے۔ جس سے جفن کا یہ کنارہ دو حصوں میں منقسم ہو جاتا ہے ان میں سے ایک کو مقدم اور دوسرے کو موخر کہتے ہیں۔

جفنی کنارہ کی مذکورہ حالت باہر ہے لیکن اس مقام تک ہوتی ہے جہاں پر کہ نقاط دمعی ہیں یعنی جہاں پر کہ اندر کی طرف غضروف جفنی کا خاتمہ ہوتا ہے۔ اجفان کو پلٹ کر ہم ان کی موخر سطح دیکھ سکتے ہیں۔ یہ موخر سطح ملتحمہ سے ڈھکی ہوتی ہے اور ملتحمہ غضروف جفنی کے ساتھ ملحق ہوتا ہے۔ اس میں سے غضروف جفنی کے مذ غدمائی بوہین صاف نظر آتے ہیں۔ (ملاحظہ ہو تصویر نمبر ا)

قرنیہ اور صلبیہ کے اس حصہ کو جو آنکھ کے کھلا رہنے میں اجفان سے پوشیدہ نہیں ہوتا اس کو ہم فتحۃ العین کہتے ہیں یعنی مقلۃ عین کا یہ حصہ آنکھ کے کھلے ہوئے ہونے کی حالت میں اجفان کی حفاظت میں نہیں رہتا اس حصہ میں متعدد خرابیاں لاحق ہوتی ہیں اور مختلف حالات میں اس حصہ کی حالتیں مختلف ہوتی ہیں۔ حسب معمول جب کہ آنکھ دیکھ رہی ہو تو فتحۃ العین ذیل کے حصص پر مشتمل ہوتا ہے۔

(۱) سوائے کسی قدر بالائی حصے کے پورا قرنیہ (۲) قرنیہ کے دونوں طرف کے ملتحمہ کے مثلثی رقبے۔

اگر دونوں آنکھوں کو ایک دوسرے سے کسی قدر نزدیک لایا جائے یا جب ہم تیز ہوا کے بالمقابل چل رہے ہوں۔ یا بارش یا دھوئیں کی فضا میں گذر رہے ہوں تو ان صورتوں میں فتحۃ العین چھوٹا ہو جاتا ہے اور اس کی وسعت اوپر سے اس قدر کم ہو جاتی ہے کہ اس کا بالائی کنارہ قرنیہ کی زیرین نصف سطح پر پہونچ جاتا ہے۔ زیرین جفن کسی قدر اوپر کو اٹھ کر قرنیہ کے نچلے حصہ کو ڈھانک لیتی ہے۔ بالائی جفن ذرا نیچے کو اتر آتی ہے یعنی اس کا زیرین کنارہ قرنیہ کے مرکز سے ذرا اوپر تک آجاتا ہے۔ قرنیہ کا فتحۃ العین والا حصہ ۴ سے ۶ ملی میٹر تک چوڑا ہوتا ہے۔ اور اس کا وقوع قرنیہ کے زیرین نصف میں ہوتا ہے۔ مگر قرنیہ کا کچھ زیرین حصہ اس سے علٰحدہ ہوتا ہے اور قرنیہ کے دونوں طرف نہایت پتلا مثلث نما حصہ صلبی ملتحمہ کا پایا جاتا ہے۔ گویا کہ فتحۃ العین ہر وقت بیرونی خطرات وحوادث کی زد میں رہتا ہے۔ یہی وجہ ہے بعض لوگوں کے صلبی ملتحمہ کا وہ حصہ جو فتحۃ العین میں واقع ہوتا ہے ہمیشہ سرخی مائل ہوتا ہے اور بالآخر ۴۰ سال کی عمر کے بعد اس میں ناخونہ، شناز فتحۃ العین اور قرنیہ کی قطبی سحابی کیفیت۔ قرنیہ و ملتحمہ کا یابس التہاب پیدا ہو جاتا ہے۔ التہاب ملتحمہ میں یہ حصہ متورم ہو جاتا ہے اور بعض اوقات اُبھر بھی آتا ہے۔

جب سوتے وقت آنکھ اوپر کو چڑھ جاتی ہے تو فتحۃ العین کی جگہ بدل جاتی ہے بشرطیکہ اجفان پوری طرح بند نہ ہوں۔ اس صورت میں قرنیہ کے نیچے کا صرف صلبی ملتحمہ دونوں اجفان کے درمیان نظر آتا ہے۔ یا کسی قدر قرنیہ کا سب سے نچلا حصہ بھی دکھائی دیتا ہے۔ اس حصہ میں عوارض اس وقت لاحق ہوتے ہیں جب کہ عدم اغماض عین کی شکایت لاحق ہو۔ قرنیہ کے زیرین ملتحمہ میں احتقان پایا جاتا ہے اور تہیج بھی ہوتا ہے اگر یہ حالت زیادہ بڑھ جائے تو اس کا اثر قرنیہ کے نچلے حصے پر بھی پڑتا ہے۔ اس حصہ میں قروح بھی پیدا ہو سکتے ہیں اگر کوئی شے آنکھ کی طرف آرہی ہو اور اس سے صدمہ پہونچنے کا اندیشہ ہو تو آنکھ فوراً اوپر کو گھوم جاتی ہے یہی وجہ ہے کہ احتراقی اور

کاوی ادویہ کے استعمال سے قرنیہ کی نچلی سطح اور قرنیہ کے نیچے کا ملتحمہ ماؤف ہوتا ہے۔

عضلات جفنی

اجفان میں ارادی عضلات دو ہوتے ہیں۔ (۱) عضلہ محیط جفنی (۲) عضلہ رافعۃ الجفن۔ عضلہ محیط جفنی جلد کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ یہ چپٹا اور پھیلا ہوا جلدی عضلہ ہے جو آنکھ کے کھلنے کی صورت میں فتحۃ العین کو چاروں طرف سے احاطہ کرتا ہے۔ اس کے دو حصے ہوتے ہیں۔ ایک مرکزی اور دوسرا جانبی۔ مرکزی حصہ خاص طور پر اجفان میں پایا جاتا ہے اس لئے اس کو جفنی کہتے ہیں اس کے الیاف اندرونی رباط جفنی سے شروع ہوتے ہیں۔ یہ رباط مضبوط اور نرم ریشی ساخت پر مشتمل ہوتے ہیں جو فک اعلیٰ کے زائدہ جبہیہ سے ملحق ہوتے ہیں۔ اور آنکھ کے اندرونی زاویہ کی جلد کے نیچے واقع ہوتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ ان لوگوں کی آنکھوں میں اندرونی زاویہ پر نظر آتے ہیں جن کی آنکھ کے اندرونی زاویہ کی جلد بہت پتلی ہوگئی ہو۔ اگر ہم اجفان کو باہر کی طرف کھینچیں تو یہ اندرونی رباط اوپر کی طرف اٹھ گئے ہیں۔ اور جلد کے نیچے ابھرے ہوئے معلوم ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۲)

اندرونی جفنی رباط سے عضلی الیاف شروع ہوکر دونوں اجفان کی مقدم سطح پر پھیلتے ہیں اور اجفان کو جفنی کنارے سے لے کر محجری کنارے تک ڈھانک لیتے ہیں۔ اور دونوں اجفان کے باہر کی طرف آپس میں بیرونی زاویہ کے پاس مل جاتے ہیں۔ گویا یہ الیاف اجفان کے گرد دائرہ کی صورت میں پھیلتے ہیں اور ایک وتر میں ختم ہوجاتے ہیں۔ ہم اس وتر کو وتر جانبی جفنی کہتے ہیں اس کے نیچے بیرونی جفنی رباطات ہوتے ہیں۔ ان کا دوسرا نام رباطات حقیقی بھی رکھا جاتا ہے۔ ان کے ذریعہ غضروف انفی کے دونوں کنارے محجر کے صدغی کنارے سے ملحق ہوتے ہیں۔ عضلہ محیط جفنی کا جانبی بیرونی حصہ محجری ہوتا ہے اور جفنی حصہ کے باہر اور محجری کناروں نیز اس کے ملحقہ مقامات پر واقع ہوتا ہے۔

عضلہ رافعۃ الجفن علیا۔ یہ عضلہ محجر چشم کی تہ میں عصب بصری کی قناۃ کے چار طرف سے شروع ہوتا ہے اور یہاں سے اس کے الیاف سامنے کی طرف پھیلتے ہیں۔ اس مقام پر یہ عضلہ بالائی عضلہ وحشیہ پر ہوتا ہے۔ اور اس کے ساتھ مستحکم طریقہ پر صفاقی الیاف کے ذریعہ ملحق ہوتا ہے۔ آگے چل کر یہ پنکھے کی صورت میں پھیل جاتا ہے۔ اس کا وتر بالائی جفنی غضروف کی مقدم سطح پر لگتا ہے۔ ماہرین نے اس عضلہ کے علاوہ ایک دوسرا عضلہ بھی اس مقام پر بتایا ہے جو جفن کو اوپر کی طرف کو اٹھاتا ہے۔ اس عضلہ کو عضلہ غضروفی علیا کہتے ہیں۔ اس کے الیاف عضلہ رافعۃ الجفن سے شروع ہوکر اور اس کی سطح کے نیچے سے گذر کر غضروف جفنی کے بالائی کنارے میں مدغم ہوتے ہیں۔ اسی قسم کے غیر مخطط الیاف زیریں جفن میں بھی پائے جاتے ہیں اور یہاں یہ الیاف عضلہ وحشیہ سفلی کے نچلے حصہ میں واقع ہوتے ہیں۔ اور زیریں غضروف جفنی میں پہونچ کر مدغم ہوجاتے ہیں۔

عضلہ محیط جفنی کے اعصاب۔ عصب وجہی کی اور عضلہ رافعۃ الجفن کے اعصاب۔ ثالث عصب جمجمی کی شاخیں ہیں عضلہ بلا
کے اعصاب شمی عصبی نظام کی شاخیں ہوتے ہیں۔ رباط جفنی وسطی۔ فک علی کے زائدہ جبہیہ سے شروع ہوتے ہیں۔ شروع شروع میں
ان کا رخ باہر کی طرف کو ہوتا ہے اور کیس دمعی دبیرونی دیوار کے گرد ہوتے ہوئے کیس دمعی کے پیچھے پہونچتے ہیں اور عظم دمعی کے حافہ دمیعہ
میں جا کر ختم ہو جاتے ہیں۔ اس لئے ان رباطات کو دو حصوں پر مشتمل کہا جاتا ہے جو اس کے پیچھے مڑنے کے مقام پر اکٹھے ہو جاتے ہیں۔

(۱) مقدم حصہ جو ٹھیک جلد کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے زندگی میں یہ نظر نہیں آسکتا جس مقام پر یہ مڑتا
ہے وہاں پر اس کی دو شاخیں ہو جاتی ہیں جن میں سے ایک بالائی اور دوسری زیریں جفن کو جاتی ہے۔

(۲) موخر حصہ۔ ان کے مڑنے کے مقام سے عظم دمعی تک ہوتا ہے اس کو ہم صرف آپریشن کرنے کے بعد دیکھ سکتے ہیں
اس کی دونوں شاخیں اور حافہ دمعیہ مل کر ایک مثلثی رقبہ کے حدود بناتے ہیں۔ جس کے اندر کیس دمعی واقع ہوتی ہے کیس دمعی
کی دیواریں اس رباط کے ساتھ ڈھیلی نسیج واصل کے ذریعہ ملحق ہوتی ہیں۔ اور اس رباط کی بیرونی سطح میں عضلہ محیط جفنی کے جفنی
الیاف مدغم ہوتے ہیں۔ اس عضلہ کے الیاف کا ایک حصہ اس کے رباط کے مقدم حصہ سے اور دوسرا موخر حصہ سے شروع ہوتا ہے
موخر رباطی شاخ سے جو الیاف ملحق ہوتے ہیں یہ رباط کے مقدم کنارے سے بڑھ کر محجر کے اندرونی کنارے تک چلے جاتے ہیں۔ ان کو ہم
عضلہ محیط جفنی کا دمعی حصہ کہتے ہیں اس کا دوسرا نام Tensortorsi. عضلہ ہومر بھی رکھا جاتا ہے عضلہ محیط جفنی کے الیاف اندرونی
رباط جفنی میں ختم ہوتے ہیں اور یہی قناۃ دمعی میں آنسوؤں کے داخل ہونے کا اہم سبب ہے۔

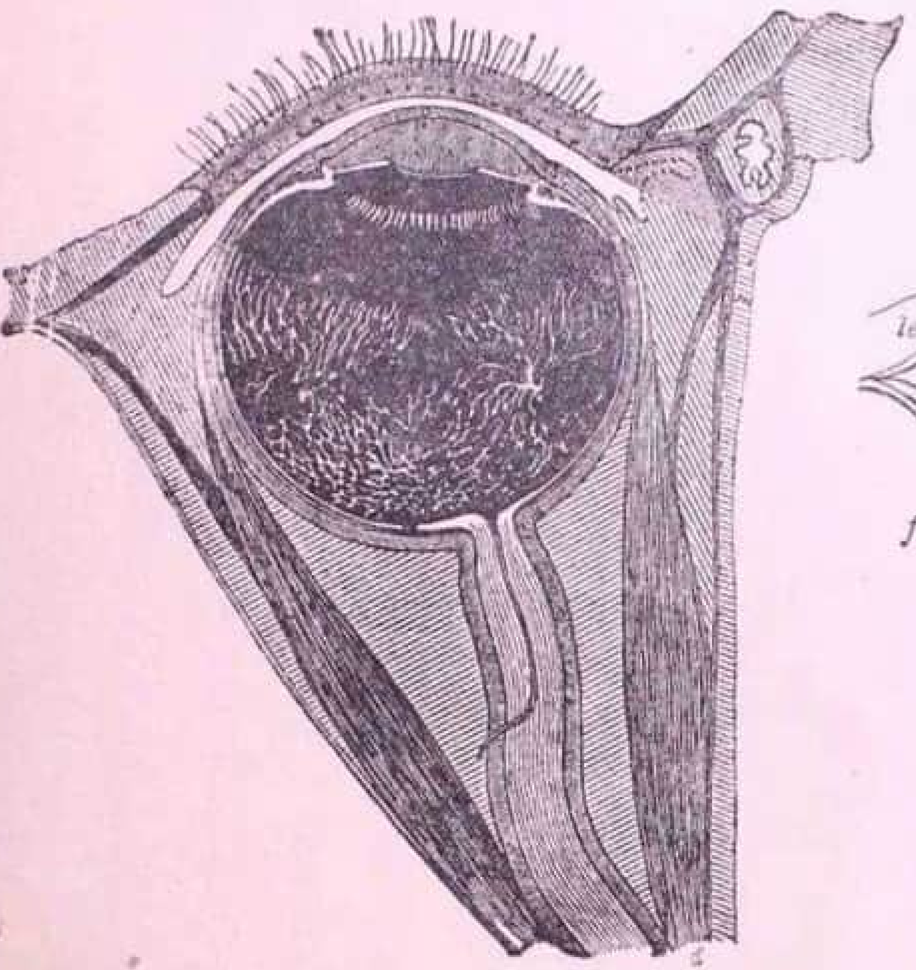
ہم بتا چکے ہیں کہ عضلہ محیط جفنی کے الیاف غضروف جفنی کی سطح میں مدغم ہو جاتے ہیں۔ اور جفن کے آزاد کنارے کے
نزدیک کچھ الیاف ایسے پائے جاتے ہیں جو جفن کے اندرونی کنارے کے نزدیک واقع ہوتے ہیں۔ یہ کسی قدر سامنے اور کسی قدر
غدد مائی بومین کی نالیوں کے پیچھے ہوتے ہیں۔

جفنی غضروف اور غدد

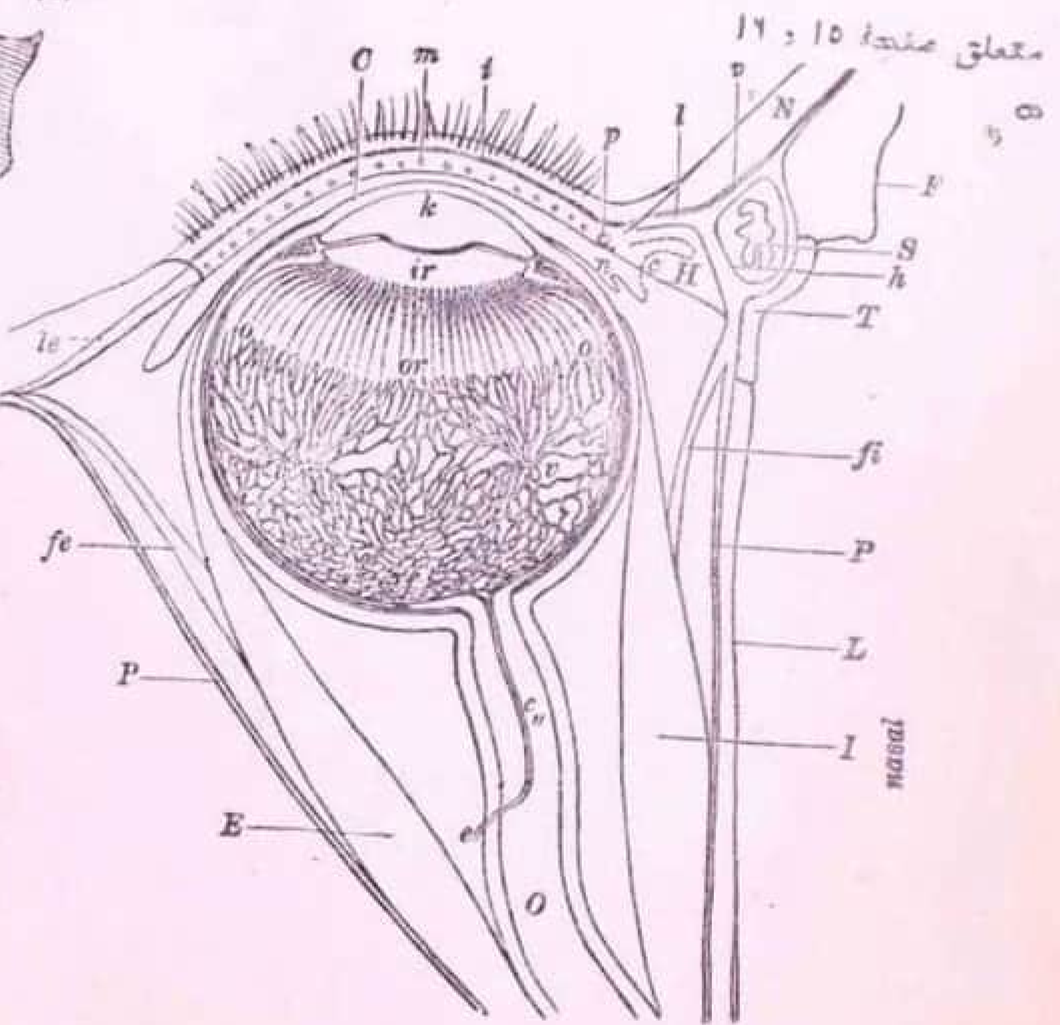
غضروف جفنی ایک لحاظ سے اجفان کے لئے ڈھانچے کا کام دیتی ہے جس کی وجہ سے اجفان میں ایک
قسم کی سختی آجاتی ہے۔ بالائی جفنی غضروف زیادہ چوڑی ہوتی ہے۔ غضروف جفنی کا بالائی کنارہ آزاد
ہوتا ہے اور نچلا کنارہ قائم ہوتا ہے اس کی دو سطحیں ہوتی ہیں ایک مقدم اور دوسری موخر جو آنکھ کے ڈھیلے کے ساتھ ملحق ہوتی
ہیں۔ عضلہ محیط جفنی کے الیاف غضروف جفنی کی مقدم سطح پر پھیلتے ہیں اور اس کی موخر سطح ملتحمہ سے ڈھکی رہتی ہے غضروف
کے دونوں کونے اندرونی و بیرونی جفنی رباط سے ملحق ہوتے ہیں اس کا کنارہ محجری کنارے سے صفاق کے ذریعہ ملا رہتا ہے

محجر کا افقی قطع — محجر کی انفی دیوار عظم مصفاتی کے بیرونی پرت سے بنتی ہے — (l) اور عظم دمعی (l) کے علاوہ فک اعلیٰ کے زائدہ جبہیہ — (f) سے بنتی ہے موخر الذکر دونوں ہڈیاں حفیرہ دمعی کی حدود بناتی ہیں، جس کے اندر کیس دمعی ہوتی ہے - (p) محجر کی عظمی دیوار کے اندر جھلی استر کرتی ہے — جس سے رباط شروع ہوتے ہیں - (L) وسطی رباط دو حصوں میں منقسم ہوتا ہے — ایک مقدم (v) اور دوسرا موخر (h) اور یہ دونوں کیس دمعی کو دونوں طرف سے محدود کرتے ہیں — (H) موخر حصہ سے عضلہ ہارنر کے الیاف شروع ہوتے ہیں ، (L e) جانبی جفنی حزمہ ، (fi - fe) صفاق کے وہ حصص جو استر کرنے والی محجری غشاء العظم سے عضلہ مستقیمہ وسطی (i) اور (e) عضلہ مستقیمہ سے باہر جاتے ہیں ، ناک کے بانسہ کی جلد (n) زیریں جفن کو ڈھکنے والی جلد سے ملحق ہوتی ہے — اور اس کے آزاد جفنی کنارے پر مژگان اور مائی بومین غدد ، m) کے منہ ہوتے ہیں ، دونوں کناروں کے درمیان ایک خاکستری خط (i) ہوتا ہے - زیریں جفن کے اندرونی کنارے پر زیریں نقطہ دمعیہ ہوتا ہے — (p) اور اس کے آگے ہٹ کر حلمہ ہوتا ہے — (c) اس کے اوپر نیم ہلالی چلمن (N) ہوتی ہے — عدسہ جلیدیہ مع زجاجیہ کے مقلہ چشم سے نکال دیا گیا ہے — جس کا زیریں نصف حصہ کھلا پڑا ہے — اس کے اندر غدہیہ ، خزانہ مقدم جسم ہدبی ، (c) پائے جاتے ہیں ، حافہ مسلمہ (o - o) کے پیچھے طبقہ مشیمیہ مع اور وہ دوائرہ (v) کے نظر آتا ہے — (F) حفیرہ مرکزی •

تصوير ٢



معلق صفحة ١٥ و ١٦



اور یہ صفاق دونوں طرف جفنی رباط سے ملحق ہوتی ہے یہی وجہ ہے کہ جب اجفان بند ہوتی ہیں تو مجری مقدم حصہ پورا بند ہو جاتا ہے گویا کہ یہ ایک طرح کی سرپوش ہے۔ جو مندرجہ ذیل حصص پر مشتمل ہوتی ہے۔

(۱) دونوں غضروف جن کے اوپر اور نیچے مجری غضروفی صفاق ہوتی ہے۔

(۲) دونوں طرف اندرونی و بیرونی رباطات جفنی۔

تشریحی لحاظ سے غضروف جفنی کا نام غضروف رکھنا ایک غلطی ہے۔ کیوں کہ اس کی ساخت میں صرف نسیج واصل کے الیاف پائے جاتے ہیں جن کے اندر مائی بومین غدد موجود ہوتے ہیں۔ یہ غدد لمبی لمبی نالیوں پر مشتمل ہوتے ہیں۔ جو ایک دوسرے کے متوازی چلتی ہیں اور غضروف کے بالائی کنارے سے نیچے کے آزاد کنارے تک ہوتی ہیں۔ اسی وجہ سے یہ غدد غضروف کے درمیانی سب لمبے حصے میں پائے جاتے ہیں۔ حقیقتاً یہ جلدی شحمی لمبے غدد ہیں۔ جن میں سے شحمی رطوبت نکلتی ہے اور اجفان کے کناروں کو نرم کرتی ہے۔ اس کی وجہ سے اجفان کے کناروں کے اوپر سے آنسو نہیں بہتے۔ اور یہی وجہ ہے کہ دونوں اجفان کے بند ہونے پر رطوبت دمعیہ نہیں نکل سکتی۔ دوسرا فائدہ اس شحمی رطوبت کا یہ بھی ہے کہ اجفان کے کنارے آنسوؤں کی وجہ سے ملتہب نہیں ہوتے۔

مخاطی غدد بھی عام طور پر غضروف جفنی کے محدب کنارے پر ملتے ہیں۔ اجفان کے نچلے آزاد کنارے پر یہ غدد مژگاں کے نزدیک واقع ہوتے ہیں۔ اس مقام کے شحمی غدد کو ہم زائیس کے غدد کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔ بالوں کی جڑیں۔ مخاطی غدد۔ اور زائیس کے غدد یہ تینوں ساختیں یکجا ملی ہوتی ہیں۔ اجفان کے آزاد کنارے کے پاس پسینے کے غدد بھی ہوتے ہیں مگر یہ غدد پسینہ کے غدد سے ذرا مختلف ہوتے ہیں اسی وجہ سے ان کو "مال کے غدد" کہتے ہیں۔

تشریحی حیثیت سے اجفان کے دو حصے ہوتے ہیں۔ ایک مقدم حصہ یعنی جلدی حصہ جس میں جلد۔ مژگاں کے بال اور عضلہ محیطہ جفنی کے الیاف ہوتے ہیں۔ دوسرا موخر حصہ یا ملتحمی حصہ جس میں غضروف جفنی۔ غدد مائی بومین۔ اور ملتحمہ یہ تینوں ساختیں پائی جاتی ہیں۔ یہ دونوں حصے ایک دوسرے کے ساتھ ڈھیلی نسیج واصل سے ملحق ہوتے ہیں۔ اس لئے ان کو بآسانی ایک دوسرے سے علیحدہ کیا جا سکتا ہے۔ ان کو علیحدہ کرنے کے لئے جفنی کنارے کے اندر خاکستری لکیر پر شگاف دینا چاہئے۔ یہ خاکستری لکیر اصل میں وہ مقام ہے جو مژگاں اور غدد مائی بومین کے کھلنے کے نقاطی قطار کے مابین ہوتی ہے۔ بعض آنکھوں میں التواء جفنی کے عمل جراحی میں ایسا ہی کرنا پڑتا ہے۔

اجفان کے عروق دموی

بالائی جفن کی شریانیں۔ بالائی و زیریں قوس غضروفی کی شاخیں ہوتی ہیں۔ گویا کہ ان دونوں شریانی قوسوں سے باریک باریک عروق (عروق شعریہ) تمام جفن میں پھیلتی ہیں مگر سب سے زیادہ عروق جفن کے نچلے

سرے پر اور ملتحمہ کے اندر ہوتے ہیں۔

وریدوں کی تعداد بہت زیادہ ہوتی ہے۔ اور یہ وریدیں زیادہ فراخ بھی ہوتی ہیں۔ دونوں غضروف کے بالائی وزیریں کناروں کی غضروفی جنٹ کے اندر ان کا موٹا جال پایا جاتا ہے جس کو ہم اجفان کے پلٹنے پر کوئے کے اندر ملتحمہ کے نیچے چمکتا ہوا دیکھ سکتے ہیں اجفان کی وریدیں کچھ تو پیشانی کی وریدوں میں کھلتی ہیں۔ اور ان میں سے کچھ عینی وریدوں کی شاخوں میں کھلتی ہیں۔ موخرالذکر وریدیں مجری اوردہ تک پہونچنے کے لئے عضلہ محیط جفنی میں سے گذرتی ہیں۔ اسی لئے عضلہ محیط جفنی کی مستقل انقباضی صورت میں ان وریدوں میں احتقان پایا جاتا ہے۔ جس کی وجہ سے اجفان میں تہبج پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ حالت بسا اوقات بچوں کے بثری ملتحمی التہاب میں خصوصیت کے ساتھ پائی جاتی ہے مگر ایسا اس وقت ہوتا ہے جب کہ اجفان بھی زور کے ساتھ بند ہوں کیونکہ چوندھ بہت زیادہ لگتی ہے۔

اجفان میں لمفاوی عروق بہت زیادہ ہوتے ہیں۔ ملتحمہ کے اندر اور غدد مائی بومین کی نالیوں کے گرد لمفاوی جوف جا بجا پائے جاتے ہیں۔ اجفان کے لمفاوی عروق کان کے سامنے کے لمفاوی غدد میں جاکر کھلتے ہیں۔ اسی وجہ سے اجفان کے شدید التہاب کی صورت میں یہ غدد پھول جاتے ہیں اور بعض اوقات ملتحمی التہاب کے سلسلہ میں بھی ان میں ورم پیدا ہو جاتا ہے۔ جیسا کہ سوزاکی التہاب ملتحمہ میں ہوتا ہے۔

طبقہ ملتحمہ

ملتحمہ حقیقتاً ایک تھیلا یا غلاف ہے جو اجفان کے درمیان میں کٹا ہوتا ہے اس کے تین حصے ہوتے ہیں۔

(۱) وہ حصہ جو اجفان کی موخر سطح کو استر کرتا ہے اس کو ملتحمہ غضروفی (ملتحمہ جفنی) کہتے ہیں۔

(۲) ملتحمہ کا وہ حصہ جو مقلۂ عین کے سامنے کے حصہ کو ڈھانکتا ہے اس کو ملتحمہ مقلی کہتے ہیں۔

(۳) وہ حصہ ملتحمہ کے مذکورہ بالا دونوں حصوں کو ملحق کرتا ہے اس کو ملتحمہ طاقی کہتے ہیں۔

ملتحمہ غضروفی مستحکم طریقہ پر غضروف جفنی سے لگا رہتا ہے۔ اس کا بشرہ استوانی پرت دار خلیات پر مشتمل ہوتا ہے اور صرف جفنی کنارے کے نزدیک تھوڑے حصے میں صاف اور نرم ہوتا ہے اس کے بالائی جفن والے حصے میں چھوٹے چھوٹے خلیات ہوتے ہیں جن کے درمیان میں اتھلے نشیب پائے جاتے ہیں۔ باہر سے اگر ان کو دیکھا جائے تو یہ ایک قسم کی جال دار ساخت معلوم ہوتے ہیں۔

مذکورہ نشیبوں میں خلیات بھرے ہوتے ہیں۔ ان سب کے اوپر گویا بشرہ کا استر ہوتا ہے جس کی وجہ سے اوپر کی سطح صاف اور نرم معلوم ہوتی ہے۔ مجری بالائی کنارے کے پاس حلمات (ابھار) ذرا دور دور اور ایک دوسرے سے الگ الگ ہوتے ہیں۔ ان جم

سے طبعی حالت میں یہ مقام ایک قسم کے جال سے مشابہت رکھتا ہے۔ اس جگہہ پر بشرہ ایک نالی کی صورت میں اندر کی طرف بڑھ جاتا ہے۔ اسی کو ہم "غدد ہن لے" کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔ "ماہر ورکاؤ" کی رائے ہے کہ اس کے زیرین حصّے میں یہ علامات نہیں ہوتے بلکہ زیادہ تعداد میں یہی غدد پائے جاتے ہیں۔

ملتحمہ کے تمام حصص میں ملتحمہ طاقی سب سے زیادہ ڈھیلا ہوتا ہے اور اس قدر چوڑا ہوتا ہے کہ افقی طور پر اس کی چنٹیں پڑجاتی ہیں ان چنٹوں کی وجہ سے مقلۃعین کی حرکات میں آسانی ہوتی ہے۔ اگر ملتحمہ جفنی کو مقلۃعین کے اوپر کھینچ کر لایا جائے جیسا کہ ملتحمہ کی بعض بیماریوں میں ہوجاتا ہے تو اس صورت میں مقلۃعین کی حرکات کے ساتھ اجفان بھی حرکت کرتی ہیں۔ یا آنکھ کی حرکات میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے۔ طاقی ملتحمہ میں چنٹ کی موجودگی سے نیچے کی طرف مقلۃعین کی حرکات کے وقت بالائی طاقی ملتحمہ کی چنٹ دور ہوجاتی ہے اور اوپر کی طرف مقلۃعین کی حرکت کے وقت زیریں طاقی چنٹ رفع ہوجاتی ہے۔ زیرین جفن کے عنصر دنی زیرین کنارے پر وریدی شبکہ نمایاں طور پر دکھائی دیتا ہے۔ طاقی ملتحمہ کا بشرہ استوانی پرت دار ہوتا ہے اور ملتحمی غشار کی ساخت غددکی ہوتی ہے یعنی اس کے اندر لمفاوی کریات کی بڑی تعداد موجود ہوتی ہے کبھی کبھی طبعی آنکھ میں بھی چھوٹے حویصلات پائے جاتے ہیں جن کے اندر لمفاوی کریات بھرے ہوتے ہیں۔ ان غددی ساختوں اور لمفاوی کریات کے علاوہ اس غشار ملتحمی میں لچکدار الیاف بھی ہوتے ہیں۔

مقلی ملتحمہ مقلی ملتحمہ سامنے کی طرف مقلۃعین کو ڈھانکتا ہے۔ اس کے اس حصّہ میں جو قرنیہ پر ہوتا ہے کسی قسم کی کوئی کمی نہیں ہوتی اس کے سطحی پرت قرنیہ کو استر کرتے ہیں مگر شفاف ہونے کی وجہ سے نظر نہیں آتے۔ اس ملتحمہ کے دو حصّے ہوتے ہیں۔ ایک قرنوی اور دوسرا صلبی۔

ملتحمہ قرنوی قرنیہ کے اوپر کا ملتحمہ بالکل شفاف ہوتا ہے۔ اور قرنیہ کی ساختوں میں اس قدر پیوست ہوتا ہے کہ اگر اس کو قرنیہ کا مقدم پرت کہا جائے تو کچھ بیجا نہ ہوگا۔ لہذا اس کو قرنیہ کے ماتحت بیان کیا جائے گا۔

ملتحمہ صلبی صلبی ملتحمہ کا اتصال صلبیہ کے ساتھ نہایت ڈھیلا ہوتا ہے یہی وجہ ہے کہ اس کو مقلۃعین پر ادھر سے ادھر اوپر سے نیچے حرکت دے سکتے ہیں۔ یہ صرف قرنوی کناروں پر مستحکم طریقہ پر ملحق ہوتا ہے۔ صلبی ملتحمہ دراصل ایک قسم کی پتلی غشاء ہے۔ اس کے اندر سے سفید صلبیہ بخوبی نظر آتا ہے۔ جس کی وجہ سے ملتحمہ کے اس حصّے کا رنگ بھی سفید ہی نظر آتا ہے۔ سن رسیدہ اشخاص میں قرنیہ کے دونوں طرف صلبیہ کے سفید رنگ کے اوپر مکدر رنگ نظر آتا ہے۔ اور یہ تکدر ایک مثلثی رقبہ کی صورت میں ہوتا ہے۔ جس کا قاعدہ قرنیہ سے متصل ہوتا ہے یہ صلبی ملتحمہ سے اٹھا ہوا ہوتا ہے اس کو (Pinguecula) شنار تہ العین کہتے ہیں۔ ملتحمی اور صلبی بشرہ ایک پرت دار

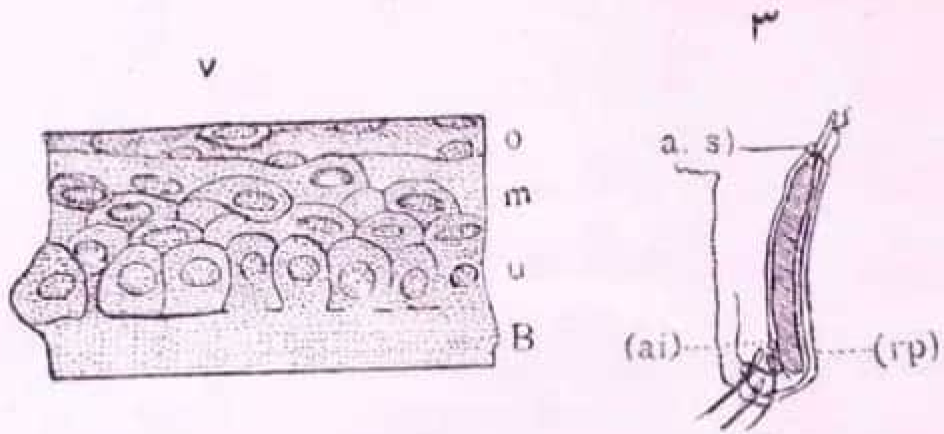
فرش ہوتا ہے۔ یہ غشاء اوپر سے صاف اور نرم معلوم ہوتی ہے۔ قرنوی وصلبی جوار اتصال پر بعض اوقات حلمات نظر آتے ہیں۔ جو در اصل شارقۃ العین کے چکدار الیاف کے تکاثر سے پیدا ہوتے ہیں۔ ان کے اندر شفاف منجمد مواد جمع ہوتا ہے۔ آنکھ کے اندرونی حقیم پر صلبی ملتحمہ سرخی مائل اور دبیز ہوجاتا ہے اور اس کی شکل نیم ہلالی چپٹ سے ملتی ہے۔ یہ اس جھلی کا بقیہ حصہ ہے جو جانوروں میں مقلعین کو پوری طرح ڈھانکتی ہے۔ اندرونی حقیم پر انفی جانب گھوڑے کی نعل سے مشابہ سرخی مائل ابھری ہوئی جگہہ ہوتی ہے جس کو حلمہ عینی (Caruncula Lacrimalis) کہتے ہیں۔ جس کے اندر شحمی اور عرقی غدد پائے جاتے ہیں۔ ان غدد کے علاوہ غدد کراوز (Krause) بھی اس کے اندر ہوتے ہیں۔ و نیز باریک بغیر رنگ کے بال بھی پائے جاتے ہیں۔

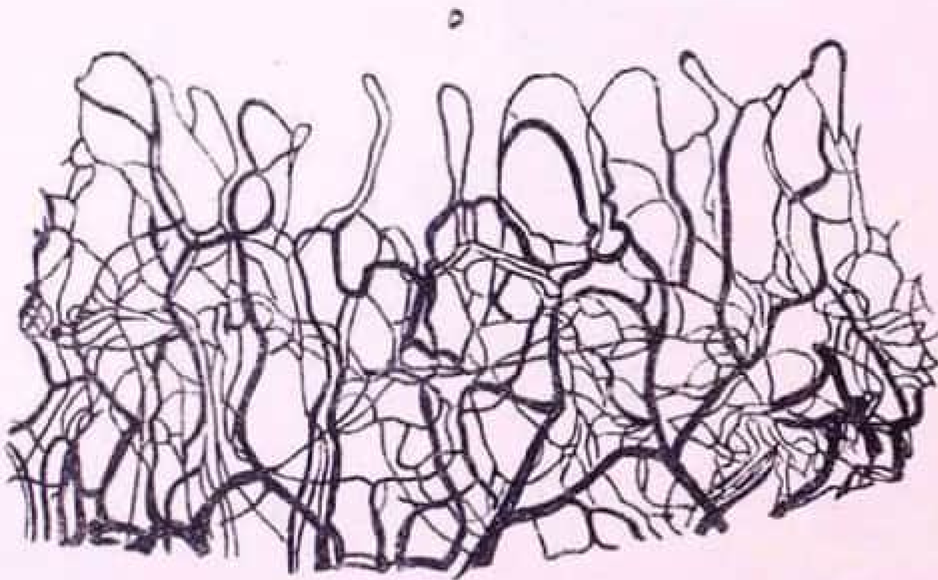
مقلعین کا وہ حصہ جو آنکھ کے کھلا رہنے کی صورت میں ڈھکا ہوا نہیں ہوتا۔ اس کو ہم فتحۃ العین کہتے ہیں جیسا کہ پہلے بھی بتا چکے ہیں چونکہ اس پر اجفان ہر وقت بند نہیں رہ سکتیں۔ اس لئے بعض اوقات یہ خطرات کا شکار ہو جاتا ہے۔

ملتحمہ کے غدد ملتحمہ سے مخاطی رطوبت کا اخراج ہوتا ہے جس کو کاسی یا قدحی خلیات (Goblet cell) تیار کرتے ہیں۔ یہ خلیات ملتحمہ میں سب کے اوپر واقع ہوتے ہیں۔ اور ملتحمی التہاب کی حالت میں بہت زیادہ بڑھ جاتے ہیں۔ سن رسیدہ اشخاص میں ان خلیات کے علاوہ غضروفی ملتحمہ کے اندر نالی دار غدد کے مشابہ ساختیں پائی جاتی ہیں۔ اسی طرح طاقی ملتحمہ میں بھی یہ غدد موجود ہوتے ہیں۔ او اس جگہہ پر ان کی وجہ سے منجمد مواد مجتمع ہو جاتا ہے۔ ملتحمہ کے اندر یہ غدد زرد نقاط کی صورت میں دکھائی دیتے ہیں۔ ان کی نالیوں کا بشرہ دوسری جگہہ کی نالیوں کے بشرہ سے مختلف نہیں ہوتا۔ مذکورہ غدد کے علاوہ ملتحمہ کے اندر انبوبی شاخدار غدد بھی پائے جاتے ہیں۔ جن کی ساخت دمعی غدد کی ساخت سے مشابہ ہوتی ہے۔ ہم انہی کو کراوز کے غدد کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔ یہ غدد ملتحمہ کے نیچے واقع ہوتے ہیں۔ ان میں سے کچھ غضروف جفنی کے محدب کنارے پر اور کچھ طاق ملتحمہ کے اندر پائے جاتے ہیں۔

غضروفی ملتحمہ کی شرائین توس غضروفی کی شاخیں ہوتی ہیں۔ بالائی جفن میں بالائی غضروفی توس کی شاخیں عضلہ رافعۃ الجفن کے وتر کے اندر سے گزر کر پہنچتی ہیں۔ یا غضروف کے مجری کنارے سے گذر کر ملتحمہ تک آتی ہیں۔ زیرین غضروفی توس کی شاخیں غضروف جفنی کے آزاد کنارے سے ۲ یا ۳ ملی میٹر اوپر اس کے اندر سے گذرتی ہیں۔ غضروف جفنی میں سے جس خط پر یہ شرائین باہر نکلتی ہیں۔ اس پر ایک گڑھا پایا جاتا ہے۔ جو جفن کے ملتحمی جانب واقع ہوتا ہے اس کو ہم (Arcus tarsus superior) شق تحت الغضروف کہتے ہیں۔ یا خط تحت الغضروف بھی کہتے ہیں۔ ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۳

ملتحمہ مقلی میں شرائین طاقی ملتحمہ کی شرائین۔ یعنی موخر ملتحمی شرائین سے حاصل ہوتی ہیں اور شرائین ہدبی، مقدم ہی ملتحمہ کو خون





۳ — بالائی جفن کی شرائین — (a.s) بالائي غضروفي قوس ، (ai) زیرین غضروفي قوس (rp) Rami perforantis • چھید کر نکلنے والی شاخیں

۵ — قرنیہ وصلبی جاد اتصال پر محیطی عروقی جال — (ماہر لیبر کے مطابق) شرائین ہلکے رنگ کی باریک خطوط میں اور وریدیں گہرے رنگ کی موٹے خطوط میں دکھائی گئي ہیں •

۷ — قرنیہ بشرہ — (۶۶۰ گنا بڑا ماہر ورکاو کے مطابق) (B) غشاء باومین ، (u) سب سے نیچے کا (m) درمیانی (o) سب سے اوپر کا خلیاتی پرت •

پہونچاتی ہیں۔ یہ شرائین چاروں عضلات مستقیمہ سے آتی ہیں۔ اور ملتحمہ کے نیچے قرنیہ کے کنارے تک پہونچتی ہیں۔ نیز ملتحمہ کے نیچے چمکتی ہوئی نظر آتی ہیں۔ قرنیہ تک پہونچنے کے بعد یہ شرائین صلبیہ میں سے گذر کر اندر کی طرف داخل ہو جاتی ہیں اس لئے پھر دکھائی نہیں دیتیں مگر اندر کی طرف جانے سے پہلے ان میں سے قرنیہ کے کنارے پر کچھ عروق نکلتے ہیں۔ پھر ان عروق میں سے باریک باریک عروق نکل کر (مقدم ملتحمی عروق) ملتحمہ کے نیچے اور پیچھے کی طرف جا کر موخر ملتحمی عروق کے ساتھ اپنا تعلق قائم کرتے ہیں۔ (تصویر نمبر ۹ و ۱۰)۔

ملتحمہ کے عروق کو ہم مقدم ہدبی عروق سے شناخت کر سکتے ہیں۔ کیوں کہ جب ہم ملتحمہ کو حرکت دیں تو ہدبی عروق اس کے ساتھ حرکت نہیں کرتے۔ ان عروق میں سے وریدوں کو شریانوں سے پہچاننے کے لئے ان کو دبا کر دیکھنا چاہیے۔ ان کو دبا کر چھوڑ دینے پر یہ عروق جس طرح خون سے بھرتے ہیں اس سے ہم بآسانی یہ معلوم کر سکتے ہیں کہ یہ عروق شریانی ہیں یا وریدی۔ اس طریقہ کے علاوہ عروق کے رنگ سے ہم شریان اور ورید کی تمیز ہرگز نہیں کر سکتے۔

ملتحمہ کے اندر لمفاوی عروق بہت ملتے ہیں۔ چنانچہ مقلی ملتحمہ میں عروق چھوٹے چھوٹے گچھوں میں پائے جاتے ہیں۔ ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۱۰ و ۹۔

آلات دمعی

آلات دمعی ذیل کی ساختوں پر مشتمل ہوتے ہیں۔

(۱) دمعی غدد (۲) کیس دمعی (۳) نقاط دمعی (۴) قناۃ انفی۔

دمعی غدد۔ دراصل انبوبی غدد ہوتے ہیں۔ جن کی چھوٹی چھوٹی شاخیں پائی جاتی ہیں۔ ان میں سب سے بڑا بالائی یا محجری غدہ ہوتا ہے۔ یہ محجر کی بالائی اور بیرونی دیوار میں واقع ہوتا ہے۔ باہر سے اس کو محسوس نہیں کر سکتے۔ اس کی نالیاں بالائی طاقی ملتحمہ کے جانبی نصف حصہ میں کھلتی ہیں۔ انہی نالیوں سے ملے ہوئے چھوٹے چھوٹے غددی ٹکڑے پائے جاتے ہیں جو طاقی ملتحمہ کے نیچے واقع ہوتے ہیں۔ ان سبھوں کو مجموعی حیثیت سے زیرین دمعی غدد کہتے ہیں۔ بالائی جفن کو جب ہم پلٹتے ہیں اور ساتھ اس کے مریض کو نیچے دیکھنے کی تاکید کرتے ہیں تو جفن کے بیرونی زاویہ پر نرم اور دبیز ناہموار ساخت باہر کو ابھری ہوئی معلوم ہوتی ہے

نقاط دمعی وقناۃ دمعیہ دمعی قناتیں۔ نقاط دمعی سے شروع ہوتی ہیں۔ نقاط دمعی اوپر اور نیچے کی جفن کے اندرونی کنارے یعنی حلمات دمعیہ پر واقع ہوتے ہیں۔ اس مقام سے کچھ دور دمعی قناتیں جفنی کنارے کے اندر عمودی طور پر پائی جاتی ہیں۔ اور اس کے بعد افقی جانب کو جھک جاتی ہیں اور اس قدر جھکتی ہیں کہ اپنے پہلے حصے کے ساتھ زاویہ قائمہ

بناتی ہیں۔ بعدہٗ دونوں حصے ایک دوسرے کی طرف جھکتے ہوئے مل جاتے ہیں اور ایک چھوٹی نالی کے ذریعہ کیس دمعی میں جاکر کھلتے ہیں۔

کیس دمعی۔ حفیرہ دمعیہ میں آنکھ کے اندرونی زاویہ کے نزدیک واقع ہوتی ہے۔ اس کے انفی جانب ہڈی ہوتی ہے سامنے اور صدغی طرف اندرونی جفنی رباطات ہوتے ہیں۔ اس کا قعر جفنی رباط سے ذرا باہر کی طرف کو جاتا ہے۔ اور اس کا بیشتر حصہ اس رباط کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ اس مقام پر اس کو ہم باسانی محسوس کرسکتے ہیں۔ جس مقام پر حفیرہ دمعیہ قناۃ عظمی تک پہونچتا ہے اسی جگہ سے کیس دمعی کے بعد قناۃ انفی شروع ہوجاتی ہے۔ یہ مقام تمام دمعی نالیوں میں سب سے زیادہ تنگ ہوتا ہے اسی وجہ سے آنسوؤں کے راستے میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے۔ قناۃ انفی زیرین عظم ولبی کے نیچے کھلتی ہے اور نیچے جاتے ہوئے قناۃ انفی پیچھے اور باہر کی طرف کو جھکتی ہے۔ انفی دونوں قناتیں نیچے جاتے ہوئے ایک دوسرے سے متسع ہوتی جاتی ہیں ان کی چوڑائی مختلف لوگوں میں ان کی ناک کے بانسہ اور نتھنوں کی فراخی کے اعتبار سے مختلف ہوتی ہے۔

"ماہر آرلٹ کا خیال ہے کہ اگر لوہے کی ایک سلائی (پروب) کو ہم اوپر جفنی رباط کے وسط میں اور نیچے ناک اور رخساروں کے درمیان کے گڑھے پر رکھیں تو یہ سلائی قناۃ انفی کے اوپر منطبق ہوتی ہے۔ قناۃ دمعی وانفی میں سلائی ڈالنے کے لئے اس راستہ کا جاننا نہایت ضروری ہے۔

کیس دمعی کی غشاء مخاطی اور قناۃ انفی کی غشاء آپس میں تسلسل رکھتی ہیں یعنی ان دونوں ساختوں کے درمیان کوئی حد فاصل نہیں قائم ہوتی۔ کیس دمعی کے پہچاننے کا یہ ذریعہ ہے کہ حفیرہ دمعیہ پر صرف ایک طرف پڑا ہوتا ہے۔ اور سوائے ایک طرف کے اس کے بقیہ حصص آزاد ہوتے ہیں۔ مگر قناۃ انفی کے ہر طرف عظمی دیوار ہوتی ہے۔ اس سے ظاہر ہوجاتا ہے کہ قناۃ انفی میں رکاوٹ واقع ہونے سے کیس دمعی کیوں کر پھول جاتی ہے۔ چوں کہ قناۃ انفی کے انسداد کی صورت میں کیس دمعی پھول جاتی ہے اس لئے آنکھ کے انفی زاویہ پر ورم ظاہر ہوتا ہے۔

قناۃ انفی کسی صورت میں نہیں پھول سکتی کیوں کہ اس کے چہار طرف کی عظمی دیواریں اس کی اجازت نہیں دیتیں قناۃ انفی میں انسداد کے متعدد وجوہ ہیں۔ مثلاً قناۃ انفی کی غشاء اور عظمی دیوار کے درمیان وریدی شبکہ موجود ہوتا ہے۔ جیسا کہ نظام ولبی اور اس کی غشاء کے درمیان وریدی شبکہ حائل ہوتا ہے۔ ان وریدوں کے پھول جانے سے بھی قناۃ انفی تنگ ہوسکتی ہے اور ان کی وجہ سے بالکل بند بھی ہوسکتی ہے۔ دمعی آلات ہمیشہ کچھ نہ کچھ دمعی رطوبت سے تر رہتے ہیں اگر ان کے اندر ہوا موجود ہو تو یہ

مرضی علامت ہے۔

قناۃ دمعی کی غشاء میں پرت دار بشرہ کا فرش ہوتا ہے۔ اور کیس دمعی کی غشائی سطح پر استوانی بشرہ ہوتا ہے۔ جابجا اس غشاء میں چنٹیں پائی جاتی ہیں۔ ان چنٹوں کو بعض ماہرین جیب تصور کرتے ہیں۔ ان میں سب سے بڑی وہ چنٹ ہوتی ہے اور جس کو جیب ہیسنر کہتے ہیں۔ حقیقتاً یہ جیب نہیں ہوتی مگر جیب اس لئے کہلاتی ہے کہ یہ اندر کے جوف کو بند کر دیتی ہے۔ چوں کہ قناۃ انفی ناک کے اندر محرابی طور پر کھلتی ہے اس لئے اس کے آخر میں غشاء ایک چنٹ کی صورت اختیار کرتی ہے۔ ان کے علاوہ یہ بھی یاد رکھنا چاہئے کہ غشائی چنٹیں ہمیشہ پائی بھی نہیں جاتیں۔

آنکھ کے اندر سے آنسوؤں کا بہنا نفسیاتی تحریکات مثلاً رونا۔ یا انعکاسی تحریکات کی وجہ سے ہوتا ہے۔ خصوصاً جب عصب جمجی خامس یا عصب باصرہ میں خراش ہو۔

نفسیاتی تحریکات صرف انسانوں میں پائی جاتی ہیں مگر شیر خوار بچوں میں یہ تحریکات نہیں ہوتیں۔ گرم ممالک کے باشندوں میں ان تحریکات کا ہونا ضروری ہے۔

آنسوؤں کے اندر نمک کی مقدار بہت خفیف ہوتی ہے۔ طبعی حالات میں رطوبت دمعی صرف اسی قدر پیدا ہوتی ہے کہ وہ بخارات کی صورت اختیار کر کے غائب ہوتی جاتی ہے۔ بعض حالتوں میں اس کا تھوڑا حصہ ناک میں بھی پہونچتا ہے۔ مثلاً چھینکنے سے۔ مقلہ میں کا تر رہنا صرف اسی رطوبت کے ذریعہ سے انجام نہیں پاتا ہے بلکہ اس کے علاوہ ملتحمہ اور غدد سے بھی کچھ رطوبت کا اخراج ہوتا ہے اس لئے دمعیہ غدد کے نکال دینے یا اس کے اندر فساد پیدا ہو جانے کے بعد بھی آنکھ میں خشکی نہیں پیدا ہوتی۔ ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۶

ناک تک رطوبت دمعیہ کے پہونچنے میں دو عمل بر سر کار ہوتے ہیں۔ ایک تو آنسوؤں کا کیس دمعیہ تک پہونچنا۔ اور دوسرے اس کا وہاں سے ناک کے اندر داخل ہونا۔ آنسو قناۃ دمعی کے اندر آنکھ جھپکنے سے پہونچتے ہیں۔ مگر یہ پہلے آنکھ کے اندرونی زاویہ میں جمع ہوتے ہیں۔ گویا کہ اس جھیل میں نقاط ڈوبے ہوئے ہوتے ہیں۔ چوں کہ عضلہ محیط جفنی کے چند الیاف اندرونی جفنی رباط سے بھی شروع ہوتے ہیں۔ اس لئے ہر مرتبہ آنکھ جھپکنے پر ان الیاف کی وجہ سے یہ رباطات عظم دمعی سے علیحدہ کھنچ جاتے ہیں جس کی وجہ سے کیس دمعی زیادہ فراخ ہوجاتی ہے۔ اور رطوبت دمعی اس کے اندر سے امتصاصی طریقہ پر کیس دمعی میں پہونچ جاتی ہے ماہر فری برگ کی رائے ہے کہ آنکھ جھپکنے سے قناۃ دمعی دب کر اپنی رطوبت کو ڈھکیل دیتی ہے کیوں کہ قناۃ دمعیہ بھی عضلہ محیط جفنی سے گھری ہوتی ہیں۔

کیس دمی سے ناک کے اندر رطوبت مہی کر جانے کا انحصار کیس دمی کی قدرتی لچک پر ہے۔ یعنی آنسوؤں کے بھر جانے پر اس میں انقباض ہوتا ہے جس سے دمی رطوبت پر دباؤ پڑتا ہے اور وہ ناک کی طرف باہر کو خارج ہوجاتی ہے۔ اگر کیس دمی کی یہ قدرتی لچک ضایع ہو جائے تو قناۃ انفی کے صاف ہونے کے اور اس کے اندر کہیں تنگی نہ ہونے کے باوجود ناک کی طرف آنسو نہیں جاتے کیس دمی کے سکڑنے پر قناۃ دمی میں اس لئے آنسو واپس نہیں جاتے کہ قناۃ انفی بہ نسبت قناۃ دمی کے بہت زیادہ فراخ ہوتی ہے۔

طبقۂ قرنیہ

آنکھ کے موٹے طبقہ صلبیہ کے سامنے کے حصّہ کا نام طبقہ قرنیہ ہے۔ یہ حصّہ بالکل شفاف ہوتا ہے۔ اس کی شکل سامنے سے دیکھنے پر "افقی الپس" کے مشابہ معلوم ہوتی ہے۔ جس کا افقی قطرہ ۱۲ ملی میٹر اور عمودی قطر ۱۱ ملی میٹر سے بڑا ہوتا ہے۔ اپنے مرکز میں قرنیہ باعتبار محیطی حصّہ کے زیادہ پتلا ہوتا ہے۔ کناروں پر اس کی موٹائی ایک ملی میٹر ہوتی ہے۔ اسی کا نتیجہ ہے کہ اس کا موخر انحنا مقدم انحنا سے زیادہ ہوتا ہے۔ مقدم انحنا کے دائرہ کے نصف قطر کا اوسط ۸ ملی میٹر ہے۔ چوں کہ قرنیہ کے انحنا کا نصف قطر مقلتین کے نصف قطر سے زیادہ ہوتا ہے اسی لئے صلبیہ کے ساتھ اس کے اتصال کی صورت ایسی ہوتی ہے گویا کہ گھڑی پر شیشہ لگا ہوا ہے یہی حالت صلبیہ میں اس کے مدغم ہونے میں بھی باقی رہتی ہے۔ یعنی قرنیہ کے موخر پرت صلبیہ میں زیادہ دور تک جاتے ہیں اور اس کے مقدم پرت اتنی دور تک نہیں نہیں پہونچتے۔ دوسرے الفاظ میں اس کا مطلب یہ ہوا کہ مقدم سطح پر باعتبار موخر سطح کے زیادہ دور تک صلبیہ قرنیہ پر چڑھا ہوتا ہے۔ ملاحظہ ہو تصویر نمبر

مذکورہ حالت قرنیہ کے بالائی اور زیریں حصص میں نمایاں ہوتی ہے۔ اسی لئے قرنیہ کی ایسی شکل صرف دیکھنے پر معلوم ہوتی ہے اور اگر قرنیہ کو پیچھے کی طرف سے دیکھا جائے تو یہ بالکل دائرہ نما گول نظر آتا ہے لیکن ان باتوں کے باوجود اگر اس کے تراشہ کو خوردبین کے ذریعہ دیکھیں (قرنیہ وصلبیہ کے جا ر اتصال کا تراشہ لے کر اس کا خوردبینی معائنہ کریں) تو ان دونوں ساختوں میں کوئی حد فاصل نظر نہیں آتی۔ بلکہ ایک ساخت کے الیاف اپنا تسلسل باقی رکھتے ہوئے دوسری ساخت کے الیاف میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔

تندرست قرنیہ شفاف ہوتا ہے۔ اور سن رسیدہ اشخاص میں اس کے کنارے پر سحابی کیفیت پیدا ہوجاتی ہے جس کو ہم قوس شیخوخت کہتے ہیں۔ قرنیہ کی ساخت میں مندرجہ ذیل طبقات پائے جاتے ہیں۔

(۱ الف) مقدم بشرہ۔ یہ بشرۂ قشری بشرہ کے کئی طبقات پر مشتمل ہوتا ہے۔ اس پرت کے سب سے نیچے والے خلیات استوانی ہوتے ہیں

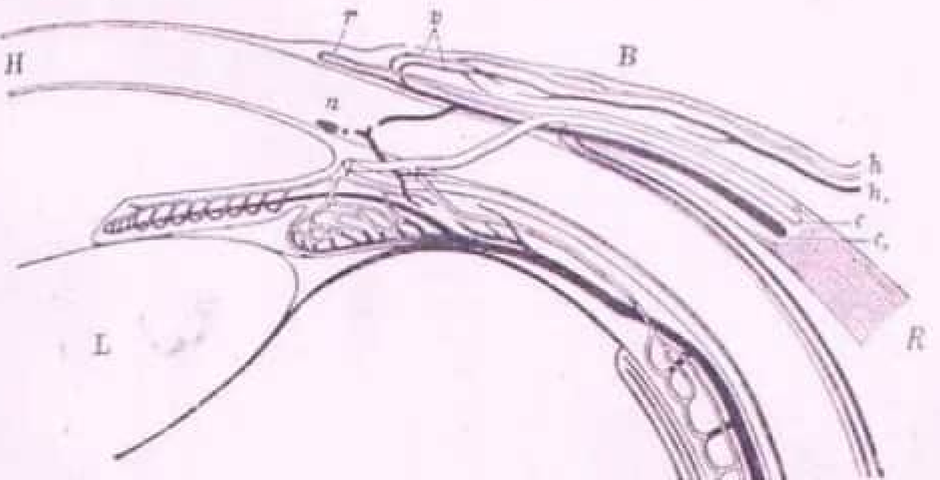
۴ – مقدم حصہ چشم کے عروق — (h-hi) مقدم ملتحمی عروق (r) سے ملحق ہوتے ہیں جو کہ خود موخر عروق سے اتصال کے لئے آگے بڑھتے ہیں — اور مقدم ہدبی عروق دمویہ کی شاخیں ہیں — (c. p.) موخر الذکر کے ساتھ یہ عروق قرنیہ وصلبی جاد اتصال پر جال بناتے ہیں — (N.) قناۃ شلیم (H) قرنیہ (B) ملتحمہ (R) عضلہ مستقیمہ (L) عدسہ ۔

۶ – قناۃ دمعی وکیس دمعی — کو نرم ساختوں سے مکمل طور پر علیحدہ کرکے دکھایا گیا ہے ۔

۸ – طبعی قرنیہ کا عمودی قطع — (۱۰۰ گنا بڑا) (E) مقدم بشرہ (B) غشاء باؤمین (S) خلائی انسجہ جو قرنوی پرت سے بنتے ہیں — (L) قرنوی پرت — (k) قرنوی کریات (D) غشاء دسمتی (e) بشرہ موخرہ (n) غشاء باؤمین میں سے گذر کر قشرہ کی طرف جاتے ہوئے اعصاب ۔

۹ – علیبہ کی مقدم سطح — (P) حدقی حصہ (r) شبکیہ کے لونی خط کا چھوٹا دائرہ (f) انقباضی نشیب ، (n) محیطی گہرے رنگ کا حصہ — (c) ہدبی حویصلہ ۔

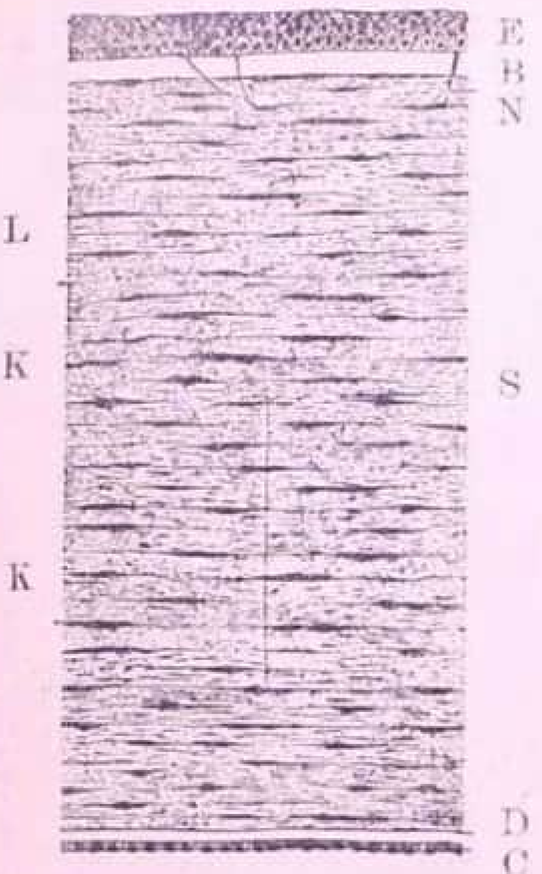
ملحق صفحة ٢٠ و ٢١ و ٢٣ و ٢٥ و ٢٨ تصوير ٣ و ٦ و ٨ و ٩



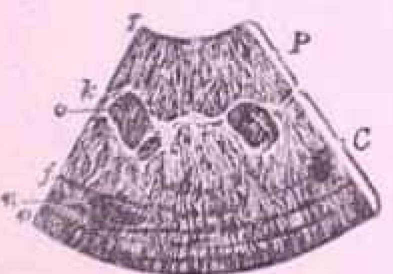
تصوير ٣ صفحة ٢٠ و ٢١



تصوير ٦ صفحة ٢٣



تصوير ٨ صفحة ٢٥



تصوير ٩ صفحة ٢٨

اور ان سے ذرا اوپر گول خلیات پائے جاتے ہیں۔ اور آخر میں چپٹے خلیات یا فرشی بشرہ ہوتا ہے۔ طبعی حالات میں قرنیہ کے یہ طبقات نیچے والے طبقات سے کلیۃً ملے ہوتے ہیں۔ یہ ہم پہلے بتا چکے ہیں کہ یہ سطحی بشرہ ملتحمہ کا ایک حصہ ہے۔

(ب) غشار بادمنی۔ یہ غشار شفاف، پتلی اور متجانس ہوتی ہے اور قرنیہ کی خلطی نسیج کے ساتھ ملحق ہوتی ہو۔ قرنیہ کی اصل ساختوں میں سب سے باہر والی ساخت یہی غشار بادمینی ہے۔ بشرہ کی طرف (باہر کی جانب) اس کی حدود متعین نہیں ہوتیں۔ مگر مرضی حالتوں میں اور بعد الموت یہ بشرہ با آسانی علیحدہ کیا جا سکتا ہو۔

(ج) قرنیہ کی خلطی نسیج۔ اس خلطی نسیج کے اندر خلیات ہوتے ہیں جو ریشوں کی صورت میں پائے جاتے ہیں۔ ان کو آپس میں جوڑنے کے لئے ایک قسم کا سیمنٹ کا مادہ ہوتا ہے اس کے الیاف اس طرح مدوّن ہوتے ہیں کہ ان سے پرت بن جاتے ہیں۔ اور یہی پرت ایک دوسرے کے اوپر واقع ہو کر قرنیہ بناتے ہیں۔ اس لئے نسیج خلطی کی ساخت پرت دار ہوتی ہو (ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۸) اور یہ پرت ایک دوسرے پر اس طرح منطبق ہوتے ہیں کہ چیر پھاڑ کے وقت ان کے الیاف سالم نہیں ملتے۔ ان کے علاوہ قرنیہ کے باریک لچکدار الیاف ہوتے ہیں جو غشار دسمٹی کے سامنے خاص طور پر ایک گھنا جال بناتے ہیں۔

قرنیہ کے خلطی انسجہ کے خلیات جن کو ہم قرنوی کریات کہتے ہیں یہ ان پرتوں کے درمیان میں واقع ہوتے ہیں۔ ان کی دو قسمیں ہوتی ہیں۔ ایک قائم اور دوسری متحرک۔ پہلی قسم کے کریات گویا کہ قرنوی نسیج کے خلیات ہیں۔ جن کے نوات بڑے بڑے جسم چپٹے ہوتے ہیں اور مادہ حیات پر مشتمل ہوتے ہیں۔ ان خلیات کے زوائد اپنے قرب وجوار کے خلوی زوائد کے ساتھ مل جاتے ہیں اور مستقل ان کا ایک نظام قرنیہ میں قائم ہو جاتا ہے۔ دوسری قسم کے خلیات قرنوی متحرک کریات ہیں۔ جن کو ہم خلیات یا کریات سیلانی بھی کہہ سکتے ہیں۔ ان کو ماہر ریلکیو اوزن نے معلوم کیا تھا۔ یہ دراصل دموی کریات بیضا ہیں جو قرنوی پرتوں میں نفوذ کر جاتے ہیں طبعی حالت میں قرنیہ کے اندر ان کی تعداد بہت کم ہوتی ہو مگر قرنوی خراش کی صورت میں خواہ وہ کسی قسم کی ہو ان کی تعداد بڑھ جاتی ہو کیونکہ اس صورت میں قرنوی محیطی عروق سے کریات بیضا نکل کر قرنیہ کے پرتوں میں پہونچ جاتے ہیں اور التہاب قرنیہ میں اپنے خاص فرائض انجام دیتے ہیں۔

(د) غشار دسمٹی۔ یہ غشار متجانس اور شیشے کی طرح شفاف ہوتی ہے۔ اس سے قرنیہ کی مؤخر حد بندی ہوتی ہے۔ غشار بادمین کے خلاف اس کی حدود قرنیہ سے بالکل الگ معلوم ہوتی ہیں۔ علاوہ ازیں کیمیاوی لحاظ سے بھی یہ غشار۔ غشار بادمینی سے مختلف ہوتی ہو چنانچہ یہ غشار کیمیاوی اجزاء کے اثرات کو بہت دیر میں قبول کرتی ہو اور مرضی اثرات سے دیر میں متاثر ہوتی ہے

(ی) مؤخر قرنوی بشرہ۔ غشار دسمٹی کی مؤخر سطح پر خلیات کا ایک پرت دستر کی صورت میں پایا جاتا ہے۔ قرنیہ اپنے کناروں پر

تین طبقات سے جڑا ہوتا ہے (۱) ملتحمہ (۲) صلبیہ (۳) جسم ہدبی و طبقہ عنبیہ۔ ان پرتوں کے اعتبار سے ہم کہہ سکتے ہیں کہ قرنیہ ان تین حصص پر مشتمل ہوتا ہے یعنی ملتحمی، صلبی اور مشیمی حصص اس میں پائے جاتے ہیں۔ ان میں سے ہر ایک کو ہم ذیل میں بیان کرتے ہیں۔

(۱) ملتحمی حصہ۔ قرنیہ کا ملتحمی حصہ وہ بشرہ ہے جو قرنیہ کی مقدم سطح کو استر کرتا ہے۔ اس کے ساتھ غشاء باومینی بھی شامل ہوتی ہے قرنیہ کے محیطی حصہ میں غشاء باومینی کے ساتھ قرنیہ کے خلطی پرت بھی شریک ہوتے ہیں۔ جو قرنوی صلبی جار اتصال پر ملتحمہ کے ساتھ مل جاتے ہیں۔

(۲) قرنیہ کے خلطی نسیجی پرت۔ غشاء دسمیٹی اور اس کے ساتھ استر کرنے والا بشرہ۔ یہ سب مشیمیہ کے حصص ہیں۔ مذکورہ دونوں حصول کے درمیانی پرت آگے کی طرف صلبیہ کا بڑھاؤ ہیں۔ اس میں شک نہیں کہ یہ تینوں حصے آپس میں مل کر ایک ایسی ساخت بناتے ہیں کہ طبعی حالت میں اس ساخت میں سے ان کو مکمل طور پر علیحدہ کرنا ممکن نہیں۔ مگر مرضی حالات میں ان مختلف حصص کا علیحدہ علیحدہ حاصل ہونا ممکن ہو تا ہے مثلاً ملتحمی امراض میں قرنیہ کا جو حصہ حاصل ہوتا ہے وہی ماؤف ہوتا ہے یا سب سے زیادہ مرض کا شکار یہی حصہ ہوتا ہے۔ اسی طریقہ سے مشیمی امراض میں جو حصہ مشیمیہ سے حاصل ہوتا ہے وہی ماؤف ہوتا ہے۔ قرنیہ کے اندر عروق دموی بالکل نہیں ہوتے۔ تمام عروق دمویہ قرنیہ کے کنارے ہی پر ختم ہو جاتے ہیں۔ اس کے محیطی عروق سے مصل دموی حاصل ہوتا ہے۔ جو قرنیہ کے خلطی انسجہ میں جذب ہو جاتا ہے۔

قرنیہ کے اعصاب

قرنیہ کے کچھ اعصاب طبقہ ہدبیہ سے حاصل ہوتے ہیں اور کچھ ملتحمی اعصاب کی شاخیں ہوتے ہیں۔ زندگی میں قرنوی خوردبین کے ذریعہ ان اعصاب کو دیکھا جا سکتا ہے۔ سطحی پرتوں میں ان اعصاب کی تعداد خصوصیت کے ساتھ زیادہ ہوتی ہے۔ یہاں سے یہ عصبی الیاف غشاء باومینی سے گذر کر قرنیہ کے سب سے مقدم بشرہ میں پہونچتے ہیں۔ اسی لئے قرنیہ بہت حساس ہوتا ہے تخدیر عمومی (کلوروفارم لینے میں)، میں قرنیہ کی حس کا معائنہ کر کے تخدیر کی کمی یا زیادتی کا اندازہ کرتے ہیں کیوں کہ یہاں کا انعکاسی عمل بقیہ جسم کے تمام انعکاسات کے بعد زائل ہوتا ہے۔ جب کسی ضربی صدمہ سے قرنیہ کے مقدم حصہ میں کوئی آفت پہونچتی ہے تو سب مرضی حالتوں سے یہ زیادہ تکلیف دہ اور دردناک ہوتی ہے۔ جیسا کہ رگڑ کی وجہ سے بشرہ کے اکھڑ جانے میں ہوتا ہے کیوں کہ اس کی وجہ سے حسی اعصاب کی شاخیں ننگی ہو جاتی ہیں۔

طبقہ صلبیہ

یہ طبقہ آنکھ کا غیر شفاف ایک غلاف ہے جس کی شکل کروی ہوتی ہے۔ اس کا قطر (محور بصری کی لمبائی) متوسط طریقہ پر ۲۲ ملی میٹر ہوتا ہے۔ مؤخر حصہ میں صلبیہ زیادہ دبیز ہوتا ہے۔ چنانچہ اس جگہ پر اس کی موٹائی ایک ملی میٹر ہوتی ہے۔ لیکن جیسے جیسے آنکھ کے مقدم حصہ

کی طرف آویں ویسے ویسے اس کی دبازت کم ہوتی جاتی ہے۔ عضلات مستقیمہ کی جگہ پر پہونچ کر صلبیہ کی دبازت پھر زیادہ ہوجاتی ہے کیوں کہ ان عضلات کے اوتار اس کے اندر مدغم ہوتے ہیں۔

صلبیہ کی ساخت میں نسیج واصل کے باریک الیاف پائے جاتے ہیں ان میں لچکدار الیاف بھی موجود ہوتے ہیں۔ اور یہ آپس میں مل کر بنڈل کی صورت اختیار کرتے ہیں۔ عام طور پر ان کی موجودگی چاروں طرف ہوتی ہے۔ مگر ساتھ ہی اس کے آگے سے پیچھے کی طرف ان میں سے بعض ہم مرکز دائرہ کی صورت میں پائے جاتے ہیں۔ اور ان دائروں کو قرنیہ کے محیط سے ہم مرکزی کی نسبت حاصل ہوتی ہے اور بعض دوسرے الیاف موربی صورت میں پھیلتے ہیں۔ ان کے بنڈل میں کہیں کہیں شحمی خلیات پائے جاتے ہیں۔ قرنوی اور صلبی ساخت کی نسیجیں ایک دوسرے سے ملی ہوتی ہیں۔ اور جائے اتصال پر ایک دوسرے کے اندر نامعلوم طریقہ پر تسلسل قائم کرتی ہیں۔ مگر قرنیہ اور صلبیہ کے اندر کے بنڈل خاص صورت میں ہوتے ہیں۔ یعنی صلبیہ میں ان کے اندر بے قاعدگی ہوتی ہے اور قرنیہ میں یہ بے قاعدہ چلتے ہیں۔

صلبیہ کے اندر شاخدار لونی خلیات بھی پائے جاتے ہیں۔ مگر یہ صرف گہرے پرتوں میں ہوتے ہیں۔ یا ان اعصاب یا دموی عروق کے ساتھ بھی ہوتے ہیں جو صلبیہ کے اندر داخل ہوتے ہیں۔ زندگی میں تلوین اس جگہ نظر آتی ہے جہاں پر صلبی وریدیں صلبیہ کے اندر سے باہر کو نکلتی ہیں۔ اور یہ مقامات چھوٹے چھوٹے (براؤن) بھورے رنگ کے نقاط کی صورت میں سفید صلبیہ پر نظر آتے ہیں۔ اگر صلبیہ پتلا ہو تو اس کے نیچے کے مشیمیہ کا رنگ بھی صلبیہ میں جھلکتا ہوا نظر آتا ہے۔ یہ حالت بچوں میں پائی جاتی ہے۔ اسی وجہ سے ان کے صلبیہ کا رنگ نیلگوں ہوتا ہے۔

صلبیہ کے اندر وہی عروق و اعصاب داخل ہوتے ہیں جو آنکھ کی اندرونی ساختوں میں جاتے ہیں۔ ورنہ خود اس کی ساخت میں عروق دمویہ بہت کم ہوتے ہیں۔ صلبیہ کے عروق دموی اس کے ایک ڈھیلے پرت میں ہوتے ہیں جو نسیج واصل پر مشتمل ہوتا ہے۔ اور صلبیہ سے باہر کی طرف پایا جاتا ہے۔ اس کو (Episcleral-tissue) "نسیج خارج الصلبیہ" کہتے ہیں۔ یہ نسیج پتلی ہوتی ہے اس کے موخر حصہ میں عروق ہوتے ہیں۔ مگر نہایت ہی کم۔ پچھلے حصہ میں یہ موٹی ہوجاتی ہے اور اس کے اندر اور دہ وشعری عروق پائے جاتے ہیں۔ یہ عروق اس حصہ میں خاص کر ہوتے ہیں جہاں کہ آنکھ کے عضلات کے اوتار صلبیہ میں مدغم ہوتے ہیں۔ اور جہاں پر قرنیہ۔ صلبیہ کے ساتھ متصل ہوتا ہے۔ صلبیہ کے پچھلے حصے میں ایک سوراخ پایا جاتا ہے جس میں سے گذر کر عصب باصرہ آنکھ کے اندر داخل ہوتا ہے۔

طریق ہدبی ومشیمی

طریق ہدبی ومشیمی کو آنکھ کا طبقہ وسطی اور طبقہ عروقی بھی کہتے ہیں۔ یہ کروی طبقہ نہایت نازک اور زیادہ حصے میں براون رنگ کا ہوتا ہے۔

اس کے اندر بشیار عروق دمویہ ہوتے ہیں۔ سامنے کی طرف اس میں سوراخ ہوتا ہے جس کو ہم تپلی یا حدقہ عین کہتے ہیں پیچھے کی طرف بھی اس میں ایک سوراخ ہوتا ہے مگر یہ سوراخ چھوٹا ہوتا ہے۔ اس میں سے عصب باصرہ داخل ہوتا ہے۔ یہ طبقہ تین حصوں پر مشتمل ہوتا ہے۔

(۱) عنبیہ (۲) جسم ہدبی (۳) طبقہ مشمیہ۔

عنبیہ

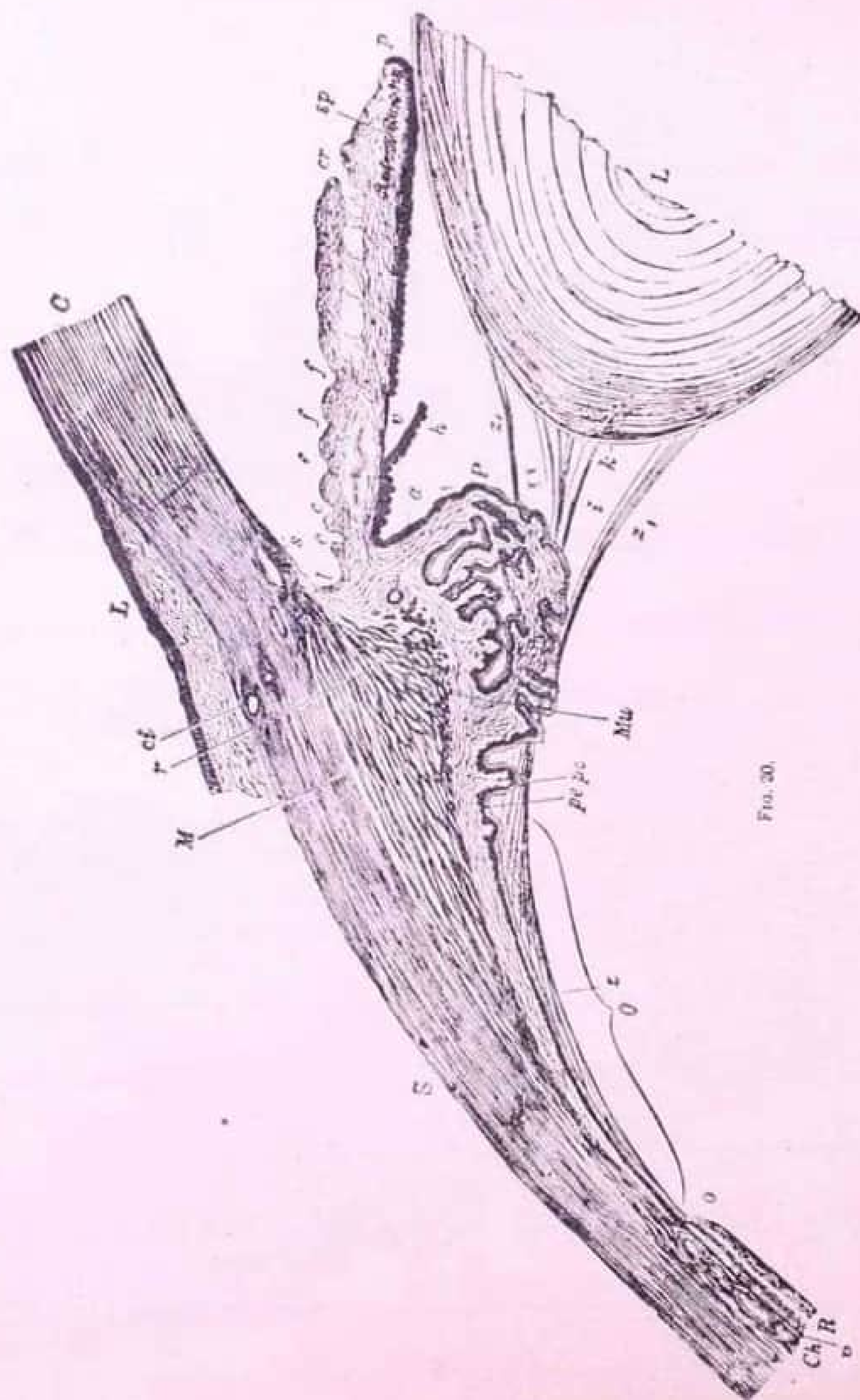
عنبیہ دائرہ نما ایک غشائی طبقہ ہے جس کا محیطی کنارہ جسم ہدبی کے کنارے سے شروع ہوتا ہے۔ یہ طبقہ آنکھ کے عدسے کے سامنے لگا رہتا ہے۔ اس کا مرکزی حصہ عدسہ کی مقدم سطح سے لگا رہتا ہے اور حدقہ عین کے انقباض و انبساط پر حرکت کرتا ہے۔ صرف عدسہ کی مقدم سطح ہی سے اس کو سہارا ملتا ہے۔ اگر عدسہ آنکھ سے غائب ہو جائے یا اس کا تعلق عنبیہ سے نہ رہے تو طبقہ عنبیہ مرتعش نظر آتا ہے یعنی کوئی سہارا باقی نہ رہنے کی وجہ سے اس میں ارتعاش پیدا ہوتا ہے۔ اور یہ ارتعاش اس وقت محسوس ہوتا ہے جب کہ آنکھ حرکت کرے۔ عدسہ کا مرکزی حصہ چونکہ آگے کو بڑھا ہوتا ہے۔ اور عنبیہ اس کے ساتھ متصل ہوتا ہے اس لئے عنبیہ کی شکل ایسے مخروط کی شکل کی ہوتی ہے جس کی چوٹی ٹوٹ چکی ہو۔ خزانہ مقدم جس قدر کم گہرا ہوتا ہے اسی قدر یہ مخروط زیادہ اونچا ہوتا ہے لیکن اس کے برعکس اگر آنکھ میں عدسہ موجود نہ ہو تو عنبیہ کی شکل بالکل سطحی اور عمودی ہو جاتی ہے۔

عنبیہ کی مقدم سطح پر نہایت لطیف نقشہ پایا جاتا ہے۔ یہ نقشہ اس کے اندر اونچی نیچی جگہوں کی وجہ سے بن جاتا ہے طبعی حالت میں عنبیہ کے اندر یہ نقشہ نہایت صاف اس کی لکیریں خوب واضح اور ایک دوسرے سے علٰحدہ علٰحدہ دکھائی دیتی ہیں۔ مگر ملتہب عنبیہ میں یا تو یہ بگڑ جاتا ہے یا بالکل ہی غائب ہو جاتا ہے۔ یضور عنبیہ میں بھی یہی حالت ہوتی ہے۔ اس نقشہ کے بگڑنے سے مرضی حالتوں کے پہچاننے میں بڑی مدد ملتی ہے۔ عنبیہ کی سطح کا یہ نقشہ شعاعی لکیروں (Ridges) کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ اور یہ لکیریں حدقہ عینی کے تنگ اور فراخ ہونے کی صورت میں مختلف شکل اختیار کرتے ہیں۔ اگر حدقہ عین منقبض ہو تو یہ لکیریں سیدھی ہوتی ہیں۔ اور اگر منبسط ہو تو ان میں کسی قدر ٹیڑھا پن پیدا ہو جاتا ہے۔ اٹھی ہوئی جگہیں صرف اس وجہ سے معلوم ہوتی ہیں کہ عنبیہ کی خلطی نسیج میں دموی عروق شعاعی طور پر منتظم ہوتے ہیں۔ حدقی کنارے کے نزدیک کچھ دور تک مدور ابھار معلوم ہوتے ہیں۔ جو ایک دوسرے کے ساتھ ملتے ہوئے نظر آتے ہیں ان ابھاروں کی وجہ سے جو حلقہ عنبیہ میں چاروں طرف پیدا ہوتا ہے۔ اس سے عنبیہ دو حصوں میں منقسم ہو جاتا ہے۔ ایک تنگ مرکزی حصہ اور دوسرا چوڑا محیطی حصہ کہلاتا ہے۔ تصویر ع ۹

بعض اوقات مذکورہ دونوں حصے مختلف رنگ کے ہوتے ہیں۔ اندر کے تنگ دائرہ نما حصہ میں عنبیہ سب سے زیادہ موٹا ہوتا ہے

آنکھ کے مقدم حصہ کا قطع — جس میں بالترتیب تمام جانبی ساختیں دکھائی گئی ہیں — (c) قرنیہ (L) اتصال قرنوی وصلی (s) صلبیہ (s') قناۃ شلیم (ci) مقدم ہدبی ورید (l) خزانہ مقدم کا جانبی کنارہ (h) موخر تلوینی پرت (v) اس کا مقدم حصہ (c) محیطی حویصلات (cr) چھوٹے دائرے کے حویصلات (p) تلوینی حصہ ، شبکیہ کے تلوینی بشرہ کے سامنے حدقہ عین کے اندر خفیف سا دکھائی دیتا ہے ، (a) دائرہ عقبیہ شریانیہ کبیرہ (Mu-M) عضلہ ہدبیہ کا مدور حصہ ، (P) زوائد ہدبیہ (O) عضلہ محیط ہدبی (Pe) تلوینی بشرہ (ch) مشیمیہ (Pc) جسم ہدبی کا غیر ملون بشرہ (R) شبکیہ (O) حافہ مسننہ (Z) رباط معلق عدسہ (Z_1) رباط کا آزاد حصہ (i) قناۃ پٹیٹ (L) عدسہ (k) نواتی قوس ٭

متعلق صفحه ۲۹ و ۳۰ تصویر ۱۰ كتاب العين



اس جگہ پر بھی عنبیہ کے مقدم پرت میں بڑے نقائص موجود ہوتے ہیں جن کی وجہ سے گہری ساختیں برہنہ ہوجاتی ہیں۔ ہدبی حصہ میں چند حلقہ دار پرت (انقباضی چنٹیں) ہوتے ہیں۔ بھوری آنکھوں میں عنبیہ کے محیطی حصہ میں ہدبی کنارے کے پاس یہ چنٹیں زیادہ نمایاں ہوتی ہیں اس کی وجہ یہ ہے کہ ان آنکھوں میں اس کے فرش کا رنگ ہلکا ہوتا ہے۔ اسی لئے یہ زیادہ نمایاں ہوجاتی ہیں۔

عنبیہ کے ہدبی حصہ کے بالکل کنارے پر جوبصلات بہت زیادہ تعداد میں ہوتے ہیں یہ جوبصلات چھوٹے چھوٹے ہوتے ہیں اور صلبیہ کے بڑھے ہوئے کنارے سے ڈھک جاتے ہیں۔ اسی وجہ سے صاف اور پوری طرح دکھائی نہیں دیتے۔ صرف نیلے عنبیہ یا بچوں کے عنبیہ میں کبھی کبھی یہ جوبصلات دکھائی دیتے ہیں۔ اور صلبیہ کے کنارے پر گہرے رنگ کی لکیر نظر آتی ہے۔

عنبیہ کے حدقی کنارے میں سیاہی مائل لکیر نظر آتی ہے۔ جو موتیا بند والی آنکھوں میں بخوبی نمایاں ہوتی ہے۔ کیوں کہ سحابی عدسہ کے سامنے سیاہی زیادہ نمایاں ہوجاتی ہے۔ حدقہ عین کے پھیلنے پر عنبیہ کا حدقی حصہ ہدبی حصہ سے کم چوڑا ہوجاتا ہے اس صورت میں مذکورہ سیاہ لکیر ہلکی پڑنے کی وجہ سے بالکل غائب بھی ہوسکتی ہے جیسے جیسے عنبیہ منبسط ہوتا ہے اس میں انقباضی گڑھا پڑتا جاتا ہے۔ اور منقبض ہونے پر یہ بالکل غائب ہوسکتا ہے۔ اگر عنبیہ بہت چھوٹا ہو تو آنکھ کو حرکت دینے سے ہدبی کنارہ پر عنبیہ مرتعش نظر آتا ہے۔ کیوں کہ اس صورت میں خزانہ مقدم زیادہ گہرا ہوتا ہے۔ اور عنبیہ بھی حدقہ کے سکڑنے کی وجہ سے زیادہ نیلا ہوجاتا ہے۔ لہٰذا عارضی طور پر عنبیہ کے پیچھے کا سہارا یقیناً کم ہوجاتا ہے اور یہی ارتعاش کا باعث بنتا ہے۔

عنبیہ کی خوردبینی تشریح

عنبیہ کی ساخت کے اساسی پرت دموی عروق پر مشتمل ہوتے ہیں۔ اور اس میں ذیل کی ساختیں پائی جاتی ہیں (۱) شعاعی طریقہ پر منتظم عروق دموی (۲) عصبی شبکہ (۳) مذکورہ ساختوں کے درمیانی خلل کو پر کرنے والا مادہ۔ عنبیہ کے عروق دموی کے باہر کا طبقہ دبیز ہوتا ہے۔ اعصاب کے غلاف بھی موٹے ہوتے ہیں عروق اور اعصاب دونوں شاخدار لونی خلیات سے محصور ہوتے ہیں۔ عنبیہ کی خلوی ساخت میں بھی شاخدار لونی خلیات اور ان کا درمیانی مادہ پایا جاتا ہے۔ حدقی کنارے پر عروقی پرت کے اندر قابض حدقہ عضلہ کے الیاف ہوتے ہیں جو حقیقتاً غیر مخطط عضلی الیاف کی ایک چوڑے فیتہ نما ساخت ہوتی ہے۔

عنبیہ کی مقدم سطح پر خلیات کی تعداد خاص طور پر بہت زیادہ ہوتی ہے۔ یہ سب خلیات مل کر عنبیہ کا موخر پرت بناتے ہیں۔ اس کے اوپر ایک پرت بشرۂ باطنہ کا ہوتا ہے۔ اس بشرۂ باطنہ اور مذکورہ ساختوں میں صرف اُن مقامات پر نقائص پائے جاتے ہیں۔ جہاں پر جوبصلات کے مانند غار معلوم ہوتے ہیں۔ ہدبی اور حدقی کناروں کے نزدیک یہ جوبصلات پائے جاتے ہیں۔ گویا کہ یہ ایک قسم کے سوراخ ہیں جو عنبیہ کی نسیجوں کے اندر ہوتے ہیں۔ اور عنبیہ کے نسیجی جوفوں کو خزانہ مقدم کے ساتھ ملاتے ہیں۔ اسی نظام کے ماتحت حدقہ کے ضبط

یا منقبض ہونے پر عنبیہ کے حجم میں تبدیلی نہایت آسانی سے ہو جاتی ہے۔ کیوں کہ ان سوراخوں کی وجہ سے رطوبت مائی کا داخل ہونا اور خارج ہونا دونوں آسان ہوتا ہے۔

عنبیہ کے خلیلی انسجہ کی موخر سطح پر عضلہ باسط حدقہ کا پھیلاؤ ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ بشرہ ملونہ بھی پایا جاتا ہے۔ عضلہ باسط حدقہ میں جنینی پرتوں میں سے باہر کے پرت حاصل ہوتے ہیں یعنی جنینی کاسۂ بصری کی بیرونی خلیات سے بنتا ہے۔ اس میں خلیات اپنی ذاتی خصوصیات یعنی بشری ساخت کو قائم رکھتے ہیں۔ اور ان کا رنگ بھی باقی رہتا ہے۔ مگر ان خلیات کا بیرونی حصہ شعاعی طور پر منظم اور مخطط الیاف عضلی کی صورت میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ اس لئے اس کے تراشے کا اگر خوردبینی معائنہ کیا جائے تو اس کے اندر دو پرت نظر آتے ہیں۔ ایک مقدم پرت جس میں باریک لکیریں ہوتی ہیں۔ مگر اس میں لون اور نوات دونوں نہیں پائے جاتے اس کو ہم غشاء بروک کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔ اور دوسرا موخر پرت جس میں ملوّن مغزلی خلیات موجود ہوتے ہیں۔ اس پرت کے پیچھے موخر پرت لونی ہوتا ہے۔ اس کو ہم عنبیہ کا بشرہ ملونہ کہتے ہیں۔ یہ خلیات بڑے گہرے رنگین اور اسطوانی ہوتے ہیں جو ایک پرت کی صورت میں مجتمع ہوتے ہیں۔ مگر اس پرت میں ابھرے ہوئے مقامات نظر آتے ہیں۔

حدقی کنارہ پر بشرہ ملونہ عنبیہ کے ملون پرت میں مل جاتا ہے۔ اور اس جگہ پر اپنی بشری خصوصیات کو قائم رکھتا ہے۔ یہاں بشرہ ملونہ حدقی کنارے کے گرد ہو کر عنبیہ کے سامنے آجاتا ہے اور حدقی کنارے پر دکھائی دیتا ہے۔ چنانچہ حدقی کنارے پر سیاہ لکیر کی صورت میں یہی نظر آتا ہے۔

عضلہ باسط حدقہ سے بشرہ ملونہ بآسانی الگ ہو جاتا ہے۔ خوردبینی تراشوں اور حالت زندگی میں آنکھ کے اندر عضلہ باسط حدقہ اور بشرۂ ملونہ جنینی کاسۂ بصری کے مقدم کنارے سے حاصل ہوتے ہیں اس لئے اس کو عنبیہ کا شبکی پرت بھی کہتے ہیں اور بقیہ عنبیہ جنینی وسطی طبقہ سے حاصل ہوتا ہے۔ اسی لئے اس کو عنبی وسطی حصہ بھی کہتے ہیں۔ ملاحظہ ہو تصویر نمبر (۱)

طبقہ عنبیہ کی تلوین

عنبیہ کا رنگ ہلکا خاکستری یا نیلا۔ یا براؤن ہو سکتا ہے۔ اور یہ رنگ اس کی تلوین کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں عنبیہ کے اندر دو قسم کے رنگ ہوتے ہیں۔ ان رنگوں میں سے ایک تو خلیلی نسیجوں کے شاخدار خلیات میں پایا جاتا ہے اسی لئے اس کو خلیلی لون کہتے ہیں۔ اور دوسرا رنگ شبکیہ کے لونی پرت کے بشری خلیات میں بھرا ہوتا ہے انہیں دونوں حصوں میں جو رنگ پائے جاتے ہیں انہی کے اوپر عنبیہ کے رنگ کا انحصار ہوتا ہے۔ عنبیہ کے شبکیہ والے پرت کے اندر تلوین بہت زیادہ ہوتی ہے مگر اس کے خلیلی انسجہ کے رنگ کی مقدار مختلف ہو سکتی ہے۔ اگر خلیلی نسیجوں میں تلوین کم ہو تو شبکی تلوین نیلے عنبیہ میں سے دکھائی دیتی ہے اور عنبیہ نیلا

نظر آتا ہے۔ یہ حالت اس وقت ہوتی ہے جب کہ ہم کسی غیر شفاف واسطے میں سے سیاہ حصّے کو دیکھیں جیسا کہ لطیف جلد کے نیچے وریدیں نظر آتی ہیں۔ لیکن جب خلوی نسیجوں میں رنگ کم ہو اور نسیجیں دبیز ہوں تو عنبیہ کا رنگ خاکستری نظر آتا ہے۔ اور عنبیہ کی خلوی نسیجوں میں رنگ کی مقدار جس قدر زیادہ ہوتی ہے اسی قدر یہ رنگ زیادہ نظر آتا ہے اور عنبیہ اسی قدر بھورا معلوم ہوتا ہے۔ مگر ایسی صورت میں شبکیہ کا ملون پرت جو پیچھے واقع ہوتا ہے وہ اسی قدر چھپ جاتا ہے۔ اگر عام طور پر تمام عنبیہ میں رنگ کم ہو اور کسی ایک جگہ پر رنگ زیادہ نظر آئے تو یہ رنگ بھورا ہوتا ہے اور بقیہ عنبیہ کا رنگ نیلا نظر آتا ہے۔ اگر یہ دھبّے بہت زیادہ ہوں تو عنبیہ کا رنگ ذرا داغ دار نظر آئے گا۔ شاذ و نادر ایسی حالتیں بھی ملتی ہیں کہ عنبیہ کی خلوی انسجہ یا شبکیہ والے پرت میں تلوین بالکل نہیں ہوتی۔ یہ حالت ان لوگوں میں پائی جاتی ہے جن کا رنگ بالکل بھورا ہوتا ہے۔ گویا کہ یہ حالت مرضی ہے۔

یہ امر مسلم ہے کہ عنبیہ کا رنگ زندگی کے ابتدائی چند سال میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ مثلاً یورپ میں بچوں کے عنبیہ کا رنگ گہرا نیلا ہوتا ہے۔ خلوی انسجہ میں رنگ بہت کم ہوتا ہے اور یہ نسیجیں پتلی ہوتی ہیں یعنی ان کے اندر سے موخر ملون پرت دکھائی دیتا ہے۔ اسی لئے عنبیہ کا رنگ نیلا نظر آتا ہے۔ پھر جیسے جیسے بچوں کی عمر بڑھتی جاتی ہے ویسے ویسے خلوی نسیجیں زیادہ دبیز ہوتی جاتی ہیں اور جب دبازت کا یہ سلسلہ جاری رہتا ہے اور رنگ کی مقدار میں زیادتی نہیں ہوتی تو عنبیہ ہلکے نیلے یا خاکستری رنگ کا ہو جاتا ہے۔ مگر اس دبازت کے ساتھ اگر رنگ میں بھی زیادتی ہوتی ہے تو عنبیہ کا رنگ بھورا یا سیاہ ہو جاتا ہے۔ نیلے عنبیہ کے نیلے رنگ کا بھورے رنگ میں تبدیل ہونا بعض وقت عنبیہ کے صرف ایک حصّہ میں محدود ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں نیلے عنبیہ کا ایک حصّہ بھورا نظر آتا ہے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ مرضی بھورے رنگ کے انسانوں کے عنبیہ میں صرف کسی ایک حصّہ میں تلوین ہو یا ایک آنکھ کے عنبیہ کا رنگ نیلا اور دوسرے کے عنبیہ کا بھورا ہو۔ اگر ایسا ہو تو عموماً یہ ایک مرضی حالت ہوتی ہے۔ عنبیہ کا رنگ جسمانی جلدی رنگ سے مناسبت رکھتا ہے یعنی سیاہ فام قوموں کے عنبیہ کا رنگ سیاہ ہوتا ہے۔

جسم ہدبی

جسم ہدبی طبقۂ مشیمیہ اور عنبیہ کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ انفی جانب اس کی چوڑائی ۵ ملی میٹر ہوتی ہے۔ اور صدغی یعنی زیریں جانب ۶ سے ۷ ملی میٹر تک یہ چوڑا ہوتا ہے۔ اس کا مقدم کنارہ قناۃ شلیم کے پیچھے صلبیہ سے ملحق ہوتا ہے اور موخر حصّہ میں یہ صلبیہ کے ساتھ اس طرح ملحق ہوتا ہے کہ صرف نچلی جانب صلبیہ اور جسم ہدبی کے درمیان حدود صاف نظر آتی ہیں۔ مدوّر تراشہ میں یہ مثلث معلوم ہوتا کہ اس مثلث کے سب سے چھوٹے ضلع کا رُخ باہر اور سامنے کو ہوتا ہے یعنی اس کا رُخ محورِ چشم کی طرف ہوتا ہے اس کے وسط میں عنبیہ کی جڑ ہوتی کر

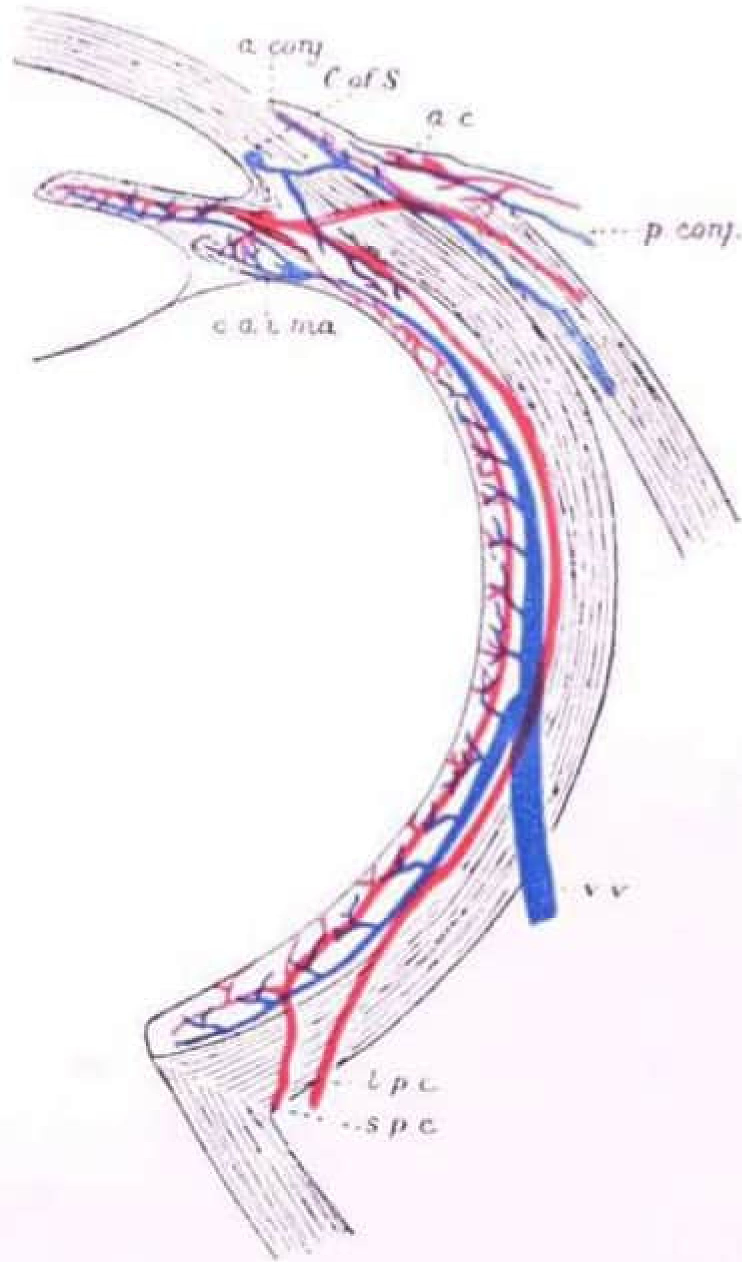
جسم ہدبی کی بیرونی سطح جس کا اتصال صلبیہ سے ہوتا ہے۔ اس کے اندر عضلہ ہدبی ۳ ملی میٹر چوڑا ہوتا ہے۔ اس عضلہ کا موخر حصہ مشیمیہ کی طرح رنگین ہوتا ہے۔ جسم ہدبی کی اندرونی سطح کا رخ زجاجیہ کی طرف کو ہوتا ہے۔ اس کو دیکھنے کے لئے اگر آنکھ کو قطع کر کے دو حصوں میں تقسیم کر دیا جائے اور اس کے اندر سے زجاجیہ، عدسہ اور شبکیہ سبھوں کو علیحدہ کر دیا جائے تو اس کو ہم بخوبی دیکھ سکتے ہیں۔ شبکیہ کا مقدم کنارہ جہاں پر ختم ہوتا ہے اس کو ہم حافہ مسننہ کہتے ہیں۔ کیوں کہ یہ ایک بے قاعدہ کٹا پھٹا حصہ ہوتا ہے۔ جو آنکھ کے چاروں طرف جسم ہدبی کے نیچے پایا جاتا ہے۔ اس حافہ کے پیچھے مشیمیہ کا رنگ برون ہوتا ہے اور اس کے سامنے سیاہ۔ اسی سیاہ حصے کے مقدم کنارے سے زوائد ہدبیہ نکلتے ہیں۔ جن کی تعداد ۷۰ ہوتی ہے۔ یہ ابھرے ہوئے زوائد ہلکے رنگ کے ہوتے ہیں کیوں کہ ان کی چوٹیاں کم رنگین ہوتی ہیں مگر دو زائدوں کی درمیانی جگہ کا رنگ گہرا ہوتا ہے۔ جسم ہدبی کا مقدم حصہ جو ۵ر۲ ملی میٹر چوڑا ہوتا ہے اور جس میں زوائد ہدبیہ پائے جاتے ہیں۔ اس کو ہم اکلیل ہدبی کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔ اس کے پیچھے جسم ہدبی کا موخر حصہ ہوتا ہے۔ یہ حصہ صاف ہوتا ہے اور اس کا رنگ ایک ہی قسم کا اور سیاہ ہوتا ہے۔

تشریح خوردبینی

عضلہ ہدبیہ کے الیاف غیر مخطط ہوتے ہیں۔ اور ان کی تنظیم بنڈلوں کی صورت میں ہوتی ہے یہ بنڈل آپس میں مل کر ایک قسم کا جال بناتے ہیں جس کے اندر خلاؤں میں لیفی نسیج داخل ہوتی ہے ونیز اس میں لونی خلیات بھی پائے جاتے ہیں۔ عضلہ کے باہر کی جانب یہ تجاویف مدور صورت میں اور صلبیہ کی اندرونی سطح کے متوازی واقع ہوتی ہیں۔ اس مقام کے آگے اس کی ساخت حویصلات کے مانند نمایاں ہوتی ہے۔ گویا کہ الیاف کی درمیانی تجاویف زیادہ چوڑی ہوتی ہیں۔ اور یہ عضلی الیاف شعاعی طور پر جسم ہدبی کی اندرونی سطح کی طرف پائے جاتے ہیں۔ سب سے آخر میں سامنے اور اندر کی طرف یہ تجاویف دائرہ نما شکل اختیار کرتی ہیں۔ اگر آنکھ کا مدور تراشہ لیا جائے تو یہ الیاف بیچ میں کٹ جاتے ہیں۔ انہی دائرہ نما اور شعاعی حصص کو ہم ماہر برک کے حصص کہتے ہیں۔ جسم ہدبی کا مرکزی حصہ جو مختلف افراد میں کم و بیش ہوتا ہے حصہ مثلثہ کہلاتا ہے۔

عضلہ ہدبیہ کے اندرونی جانب جسم ہدبی کی عروقی تہ ہوتی ہے۔ اس میں بیشمار عروق دمویہ پائے جاتے ہیں۔ اور یہ عروق نسیج واصل کی لطیف ساخت میں بچھے ہوتے ہیں۔ ان کے چاروں طرف ملون خلیات ہوتے ہیں۔ زوائد ہدبیہ میں بھی عروق کی ایک تہ ہوتی ہے۔ گویا کہ اکلیل ہدبی آنکھ کے اندر سب سے زیادہ عروق والا پرت ہے۔ اس عروقی پرت کے اندرونی جانب متجانس غشا ملتی ہے۔ اس غشا کے بعد والا پرت ملون بشرہ کا ہوتا ہے۔ آخر میں جو تہ پائی جاتی ہے۔ وہ اسطوانی خلیات سے بنتی ہے۔ موخر الذکر دونوں پرت جنینی کاسہ بصری سے حاصل ہوتے ہیں۔

طبقۂ ہدبی و مشیمی کے عروق



s. p. c. — موخر ہدبی شرائین صغیرہ — l. p. c. — موخر ہدبی
شرائین کبیرہ — a. c. — مقدم ہدبی عروق — C. of S. — قناۃ شلیم
c. a. i. m. a. — دائرہ شریانیہ عنبیہ کبیرہ — v. v. — اوردہ دوامہ
a. Conj. — مقدم ملتحمی عروق — p. Conj. موخر ملتحمی عروق

طبقہ مشیمیہ

یہ طبقہ طریق ہدبی و مشیمی کا وہ حصہ ہے جو آنکھ کے پچھلے حصہ کو صلبیہ کے اندر استر کرتا ہے۔ یہ حافہ مسننہ سے شروع ہوتا ہے اور عصب بصری کے سوراخ تک چہار طرف پایا جاتا ہے۔ اگر آنکھ کو کاٹنے کے بعد زجاجیہ اور شبکیہ کو اندر سے نکال کر مشیمیہ کو دیکھیں تو اس کی سطح بالکل صاف معلوم ہوتی ہے اور اس کا براؤن رنگ یکساں پایا جاتا ہے۔ اب اگر مشیمیہ کو صلبیہ سے علیحدہ کریں تو معلوم ہوگا کہ بعض مقامات پر مضبوطی کے ساتھ یہ صلبیہ سے ملحق ہوتا ہے اور بعض مقامات پر نہایت غیر مستحکم طریقہ پر صلبیہ سے اس کا اتصال ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ صلبیہ کے ساتھ طبقہ مشیمیہ کا اتصال مستحکم طریقہ پر عصب بصری کے چہار طرف پایا جاتا ہے۔ جن مقامات پر عروق دموی اور اعصاب صلبیہ سے گذر کر مشیمیہ میں داخل ہوتے ہیں۔ ان مقامات پر صلبیہ اور مشیمیہ کا اتصال اتنا مستحکم نہیں ہوتا۔ یہ حالت خاص کر موخر ہدبی شرائین اور آنکھ کے استوائی مقام پر جہاں کہ اوردہ دوامہ ہوتی ہیں پائی جاتی ہے۔ ان مقامات پر اگر مشیمیہ کو صلبیہ سے الگ کیا جائے تو یہ علیحدہ ہو جاتا ہے اسی طرح ہم مشیمیہ کی بیرونی سطح کو دیکھ سکتے ہیں۔ اس کی یہ سطح کٹی پھٹی معلوم ہوتی ہے۔ کیوں کہ اس پر غشائی ٹکڑے لگے ہوتے ہیں۔

خوردبینی ساخت

طبقہ مشیمیہ پانچ پرتوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ جن کی ترتیب باہر سے اندر کی طرف حسب ذیل ہوتی ہے۔

(۱) خارجی طبقہ۔ اس کے اندر غیر عروقی ملوّن پرت ہوتے ہیں۔ جو اساسی نسیج صلبی اور صلبیہ کے درمیان ہوتے ہیں صلبیہ کو علیحدہ کرنے پر یہ پرت دو حصّوں میں منقسم ہو جاتے ہیں۔ ان کا کچھ حصہ تو صلبیہ کی اندرونی سطح سے لگا رہ جاتا ہے۔ اور کچھ حصہ مشیمیہ کی بیرونی سطح سے لگا ہوا نظر آتا ہے۔ اسی وجہ سے مشیمیہ کی بیرونی سطح ناہموار معلوم ہوتی ہے۔

(۲) دوسرے طبقہ میں بڑے عروق پائے جاتے ہیں۔ جو عموماً اوردہ ہوتے ہیں۔ اور ایک دوسرے کے ساتھ تعلق رکھتے ہیں۔ ان عروق کے درمیان گہرے رنگ کے ملوّن خلیات پائے جاتے ہیں۔ اس لئے ان کا رنگ براؤن ہوتا ہے۔ اس سطح کو دیکھنے پر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ سیاہ زمین پر چمک دار لکیروں کا جال ہے۔ بعض اوقات منظار العین کے ذریعہ دیکھنے پر بھی یہی حالت نظر آتی ہے۔

(۳) متوسط درجہ کے عروق کا پرت۔ یہ طبقہ بہت پتلا ہوتا ہے۔ اور اس کے اندر تلوین پائی جاتی ہے۔

(۴) شعری عروق کا طبقہ۔ یہ طبقہ تقریباً تمامہ عروق شعریہ سے پُر ہوتا ہے۔ ان عروق کی خلائیں دوسرے عروق کی خلاؤں سے زیادہ فراخ ہوتی ہیں۔ یہ خلائیں اس قدر زیادہ تعداد میں ہوتی ہیں کہ ان کی درمیانی جگہ باعتبار عروق کے بہت کم ہوتی ہے۔ اس پرت میں تلوین بالکل نہیں ہوتی۔

(۵) اساسی پرت - یہ پرت حقیقتاً متجانس قسم کی ایک غشاء ہے جو مشیمیہ کے اندر کی طرف استر کرتی ہے ۔

مشیمیہ کی ساختوں کا مختصر بیان

ذیل میں ہم مشیمیہ کی ساختوں کو مختصراً بیان کرتے ہیں ۔

طبقہ مشیمیہ زیادہ تر عروق پر مشتمل ہوتا ہے ۔ جو اپنے بڑے چھوٹے ہونے کے لحاظ سے تین طبقات پر مشتمل ہوتے ہیں ۔ ان میں سب سے بڑے عروق سب سے باہر کی جانب یعنی صلبیہ کے نزدیک ہوتے ہیں ۔ اور سب سے چھوٹے عروق اندر کی طرف شبکیہ کے نزدیک ہوتے ہیں ۔ اور ان سے مترشح ہونے والی مصل دموی سے شبکیہ کا بخوبی تغذیہ ہوتا ہے مشیمیہ کے عروقی پرتوں کے دونوں طرف یعنی اندر اور باہر کی جانب ایک ایک غشاء ہوتی ہے جس کو (۱) طبقہ خارجیہ اور (۲) اساسی پرت کہہ سکتے ہیں ۔

مشیمیہ کے تمام پرت سوائے اندرونی دونوں (شعری اور اساسی) کے شاخ دار ملونہ خلیات سے بھرے ہوتے ہیں ان ہی ملوّن خلیات کی وجہ سے مشیمیہ کا رنگ گہرا ابھورا ہو جاتا ہے اور سیاہ بھی ہو سکتا ہے مشیمیہ کی اندرونی سطح بشرہ ملونہ سے ڈھکی ہوتی ہے یہ بشرہ اساسی پرت کے اوپر ہوتا ہے ۔ پہلے زمانہ میں یہ بشرہ بھی مشیمیہ کا ایک حصہ سمجھا جاتا تھا ۔ کیوں کہ شبکیہ کے الگ کرنے پر بھی یہ بشرہ مشیمیہ سے ملحق رہتا ہے ۔ جنینی حالات کے متعلق انکشاف سے معلوم ہوتا ہے کہ یہ بشرہ دراصل شبکیہ کا حصہ ہے اس کے خلیات باقاعدہ مسدس (چھ اضلاع والے) ہوتے ہیں ۔ اور ان کا نویہ غیر ملوّن ہوتا ہے مگر اس کے مادۂ حیات کے اندر بے شمار ملوّن حبیبات پائے جاتے ہیں ۔ اسی وجہ سے تمام پرت کا رنگ گہرا ابھورا یا سیاہ ہوتا ہے ۔ ملوّن خلیات کے اندر تلوین موٹے موٹے تلوینی ذرات میں پائی جاتی ہے ۔ مگر بشرہ ملونہ کے تلوینی حبیبات عصوی شکل کے ہوتے ہیں ۔ جن کو اگر ہم چھوٹی چھوٹی لونی قلمیں بھی کہیں تو بیجا نہ ہوگا ۔

ملونہ اور بشری خلیات تمام آنکھوں میں یکساں پائے جاتے ہیں ۔ مگر مختلف آنکھوں میں ان کے اندر تلوین کی مقدار کم و بیش ہو سکتی ہے ۔ اسی وجہ سے منظار عین سے امتحان کرتے وقت مختلف آنکھوں میں مشیمیہ کا رنگ مختلف نظر آتا ہے ۔

سامنے کی طرف طبقۂ مشیمیہ جسم ہدبی کے پچھلے حصہ سے متصل ہوتا ہے ۔ اور جسم ہدبی کی ساخت بالکل وہی ہوتی ہے جو مشیمیہ کی ۔ لہذا اس کو پہچاننے کا صرف یہی ایک ذریعہ ہے کہ اس کے اندر عروقی نظام کسی قدر مختلف ہوتا ہے اور اس کے اندر سے شعری عروق بالکل غائب ہوتے ہیں ۔ یہ شعری عروق حافہ مسننہ پر بالکل ختم ہو جاتے ہیں مشیمیہ اور جسم ہدبی کے اس حصہ کے رنگ کا فرق ان کے ذاتی رنگوں کی کمی بیشی پر منحصر نہیں ہوتا بلکہ ان کو ڈھانکنے والے بشری خلیات کا رنگ دونوں مقامات پر مختلف ہوتا ہے ۔

طرق ہدبی و مشیمی کے اعصاب

صلبیہ کے موخر قطب پر ہدبی اعصاب اس کے اندر سے گذر کر طرق مشیمی تک پہونچتے ہیں ۔ یہ اعصاب مشیمیہ اور جسم ہدبی کے اندر ایک قسم کا گھنا جال بناتے ہیں ۔ اس جال میں عقدی خلیات بھی کافی

مقدار میں ہوتے ہیں۔ عنبیہ میں گو کہ اعصاب زائد ہوتے ہیں لیکن عصبی عقدی خلیات اس کے اندر نہیں پائے جاتے۔ عنبیہ و جسم ہدبی کے اندر محرک عصبی الیاف کے علاوہ بہت زیادہ حسّی الیاف بھی پائے جاتے ہیں جو عصب جمجمی خامس کی شاخیں ہیں۔ اسی لئے جب یہ مقامات ملتہب ہوتے ہیں تو ان میں درد کا احساس بہت زیادہ ہوتا ہے۔ اور مشیمیہ کے اندر چونکہ حسی عصبی الیاف بالکل نہیں ہوتے اس وجہ سے التہاب مشیمیہ میں درد کا احساس بالکل نہیں ہوتا۔

طریق ہدبی ومشیمی کے عروق

آنکھ کے اندر کے عروقی نظام کی تین قسمیں ہیں (۱) ملتحمہ کے عروق (۲) شبکیہ کے عروق (۳) طریق ہدبی ومشیمی کے عروق۔ ہدبی نظام کی شرائین مندرجہ ذیل ہوتی ہیں (۱) شرائین ہدبیہ موخرہ یہ شریان عینی کی شاخیں ہیں۔ جو آنکھ کے اندر موخر قطب پر صلبیہ کے اندر سے ہوتی ہوئی مشیمیہ میں داخل ہوتی ہیں۔ ان کو شرائین ہدبیہ موخرہ صغیرہ کہتے ہیں۔

اور ان میں سے دو (شریان ہدبیہ موخرہ طویلہ) میں سے ایک باہر کی طرف اور دوسری اندر کی طرف کو جاتی ہے۔ اور یہ دونوں مشیمیہ اور صلبیہ کے درمیان ہوتی ہوئی آگے کی طرف عضلہ ہدبیہ تک پہونچتی ہیں۔ یہاں پہونچنے پر ان میں سے ہر ایک دو شاخوں میں منقسم ہوجاتی ہے۔ اور قرنیہ کے گرد اس کے ساتھ ہم مرکز دائرہ بناکر دوسری طرف کی شریانی شاخوں سے متصل ہوتی ہے اس طرح سے ایک شریانی دائرہ بن جاتا ہے۔ جس کو دائرہ شریانیہ عنبیہ کبیرہ کہتے ہیں۔ اس سے شعاعی طور پر عنبیہ میں شرائین پہونچتی ہیں۔ اور عنبیہ کے ہدبی کنارے سے لے کر اس کے حدقی کنارے تک جاتی ہیں۔ حدقی کنارے پر پہونچنے سے ذرا پہلے یہ شرائین دوسری طرف کی شریانی شاخوں سے مل کر دوسرا دائرہ بناتی ہیں جس کو ہم دائرہ شریانیہ عنبیہ صغیرہ کہتے ہیں۔ (۲) شرائین ہدبیہ مقدمہ سامنے کی طرف آتی ہیں اور یہ شریانیں عضلات مستقیمہ کی شرائین سے حاصل ہوتی ہیں۔ اور صلبیہ کے اندر سے گذر کر آنکھ کے اندر پہونچتی ہیں۔ اور دائرہ شریانیہ عنبیہ کبیرہ کے بنانے میں حصہ لیتی ہیں۔

شرائین کے مذکورہ بالا نظام سے پتہ چلتا ہے کہ شرائین موخرہ ہدبیہ صغیرہ صرف مشیمیہ میں خون پہنچاتی ہیں۔ اور شرائین ہدبیہ موخرہ طویلہ و شرائین ہدبیہ مقدمہ جسم ہدبی اور عنبیہ کو خون سے سیراب کرتی ہیں۔ مذکورہ شرائین کی بعض شاخیں پیچھے جاکر مشیمیہ کے مقدم حصہ کو بھی خون پہونچاتی ہیں۔ تصویر ۱۱ و ۱۲

وریدی نظام شریانی نظام سے مختلف ہوتا ہے۔ چنانچہ مشیمی عروق شعریہ کو بلاواسطہ شرائین سے خون پہونچتا ہے اور شریانوں کا خون بہت ہی وریدوں سے خارج ہوتا رہتا ہے۔ انہی وریدوں سے بڑی بڑی شاخیں بنتی ہیں ان میں سے بعض وریدیں ایک ہی مرکز

پر جمع ہوجاتی ہیں جن کی وجہ سے ایک قسم کا وریدی بھنور بن جاتا ہے۔ کیوں کہ مختلف سمتوں سے اس مرکز پر وریدیں آکر جمع ہوجاتی ہیں یہ وریدی بھنور تعداد میں چار ہوتے ہیں۔ اور بعض اوقات ہم سے زیادہ بھی ہوتے ہیں۔ عموماً یہ آنکھ کے استوار کے پیچھے واقع ہوتے ہیں انہی میں سے اوردۂ دوّامہ نکلتی ہیں جو صلبیہ میں سے موربی طور پر گذر کر باہر کو خون لے جاتی ہیں۔

زوائد ہدبیہ کی شرائین متعدد شاخوں میں منقسم ہوجاتی ہیں۔ بعدہٗ پتلی دیوار والی شاخیں شعری عروق کے بعد شروع ہوتی ہیں اور ان سے زیادہ تر ہدبی زوائد بنتے ہیں۔ کیوں کہ زوائد بیشتر عروق دموی ہی پر مشتمل ہوتے ہیں۔ انہی کے ملنے سے بڑی وریدیں بنتی ہیں۔ اسی طرح عضلۂ ہدبی کی بہت سی وریدیں آگے جاکر اوردۂ دوّامہ میں کھلتی ہیں۔ جو وریدیں عنبیہ کے پیچھے کی طرف جاتی ہیں وہ بھی اوردۂ دوّامہ میں کھلتی ہیں۔ گویا کہ طریق ہدبی کا خون واپسی پر زیادہ تر اوردۂ دوّامہ میں داخل ہوتا ہے۔ جسم ہدبی سے آتی ہوئی وریدوں میں سے چند وریدیں بلا واسطہ طریقہ پر صلبیہ کے اندر سے گذر کر ملتحمہ کے نیچے آجاتی ہیں۔ اور قرنوی کنارے کے نزدیک ان کا راستہ شرائین ہدبیہ مقدمہ کے راستے سے مل جاتا ہے مگر ان کی شاخیں تھوڑے ہی رقبہ کو سیراب کرتی ہیں۔ یہی وہ بنفشی عروق ہوتے ہیں جن کو ہم ملتحمہ کے نیچے پیچھے کی طرف جاتے ہوئے دیکھتے ہیں۔ اور جو اس وقت خاص کر دکھائی دیتے ہیں جب کہ ان میں نمایاں ہدبی احتقان موجود ہو۔ یا آنکھ کے اندر دوران خون میں کسی قسم کی رکاوٹ پیش آوے۔ مقدم ہدبی وریدیں ملتحمی وریدوں سے اپنا اتصال قائم کرتی ہیں اور قناۃ سلیم سے بھی متصل ہوتی ہیں۔

طریق ہدبی و مشیمی کے تمام عروق و اعصاب اور اس مقام سے باہر آنے والی وریدیں صلبیہ کے اندر مخصوص نالیوں میں سے گذرتی ہیں۔ ان عروق کا الحاق ان نالیوں سے ڈھیلی نسیجوں کے ساتھ ہوتا ہے۔ ممکن ہو کہ اس نسیج واصل کے راستے سے بھی آنکھ کی اندرونی سیال رطوبت باہر کو خارج ہوتی ہو۔ ان نالیوں کا الحاق جوف تینان سے بھی ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ تجاویف حول مشیمی کے ساتھ بھی یہ ملحق ہوتی ہیں۔ مگر شرائین ہدبیہ موخرہ کے ساتھ ان کا الحاق بہت زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔

خزانۂ مقدّم و رباط مشطی

خزانۂ مقدم کی گہرائی کا اوسط ۲ ½ سے ۳ ملی میٹر تک ہے۔ محیط کی طرف اس کی گہرائی کم ہوتی جاتی ہے۔

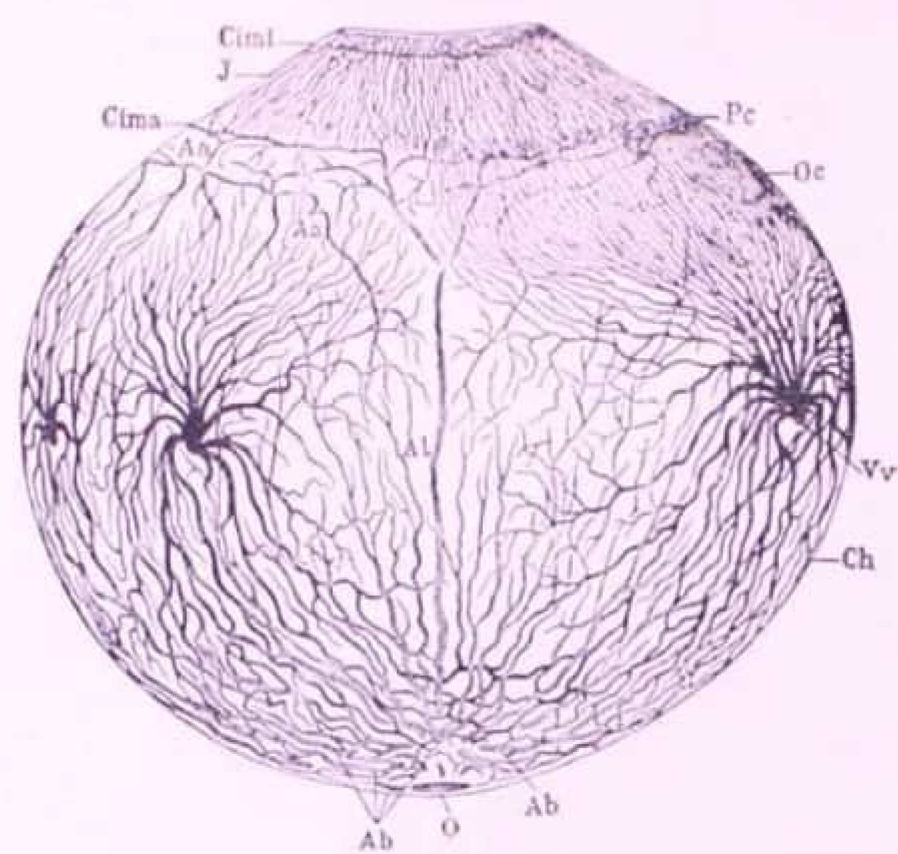
عمر۔ قرنیہ کا حجم۔ آنکھ کی طاقت انعطافی وغیرہ کے ساتھ خزانۂ مقدم کی گہرائی کا تعلق ہوتا ہے۔ اور ایک ہی آنکھ میں طاقت توفیق کے استعمال سے اس کی گہرائی میں کمی بیشی ہوتی رہتی ہے۔ اس کی حدود میں سامنے کی طرف قرنیہ، پیچھے عنبیہ اور عدسی حصہ

---

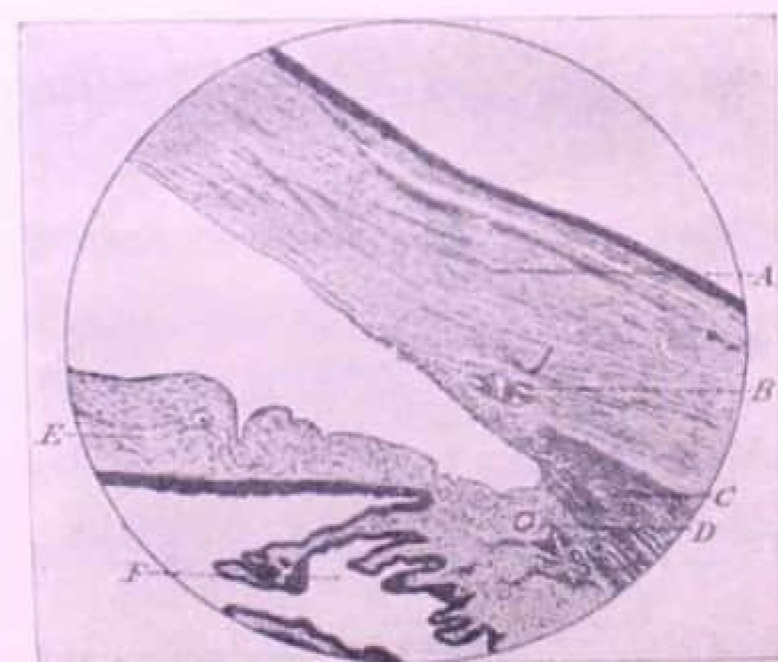
۱۲ — طریق ھدبی کے عروق دموی - (ماہر لیبو کے خیال کے مطابق)
عصب باصرہ کے گرد والے حصہ میں (o) موخر ھدبی شرائین صغیرہ (Ab)
شرائین مشیمیہ کے مقدم حصہ میں داخل ہوتی ھیں — (افقی ابرمین)
(A - L) ھدبی متوسطی حصہ کی طرف جاتی ھیں (o. c) اور یہاں
پر منقسم ہوکر دائرہ شریانیہ عنبیہ کبیرہ بناتی ھیں — (c i m a) مقدم
ھدبی شرائین کی شاخیں (Aa) دائرہ کبیرہ بنانے میں حصہ لیتی ھیں
اور ان کی دوسری شاخیں موخر جانب مشیمیہ میں جاتی ھیں — اور
وہاں پر موخر شرائین ھدبیہ صغیرہ کے ساتھ اتصال پیدا کرتی ھیں دائرہ
شریانیہ عنبیہ کبیرہ شعاعی طور پر شاخیں دیتا ھے — جو عنبیہ میں ہوتی ھیں -
(J) اور یہ شرائین صرف حدقی کنارے کے پاس دائرہ شریانیہ عنبیہ صغیرہ
(c i m i) بناتی ھیں — تصویر کے دائیں طرف سے عضلہ ھدبیہ گویا کہ
الگ کردیا گیا ھے جس کے بعد (P - c) مقام پر زوائد ھدبیہ کے نزدیک
عروقی جال نمایاں طور پر نظر آتا ھے — موخر جال سے متعدد وریدیں (v)
ھدبی متوسطی حصہ کے اندر جاتی ھیں — یہ شروع میں ایک دوسرے کے
متوازی ہوتی ھیں — اس کے بعد استدقاقی حالت اختیار کرلیتی
ھیں — اور اوردہ دوامہ میں کھلتی ھیں — (v - v) اوردہ دوامہ جن کی
طرف آنکھ کے موخر حصہ کی وریدیں بھی آتی ھیں ۔

---

۱۳ — خزانہ مقدم و قناۃ شلیم — (A) قرنیہ — (B) قناۃ شلیم جو
کہ اس شکل میں صلبیہ کے اندر رباط مشطی علبی کے باہر متعدد چھوٹے
چھوٹے جوف کی صورت میں ظاھر ھے گویا یہ آپس میں بے قاعدہ ملحق
وریدی جال ھے جو کہ اس مقام پر کتاؤ میں آگیا ھے (C) عضلہ ھدبیہ (D)
دائرہ شریانیہ اکبر ، (E) عنبیہ (F) زوائد ھدبیہ ۔



تصویر ۱۲ متعلق صفحه ۳۵



تصویر ۱۳ متعلق صفحه ۳۶ و ۳۷

میں عدسہ ہوتا ہے۔ اس کا محیطی حصہ زاویۂ چشم کہلاتا ہے۔

آنکھ کے طبعی وظائف اور اس کے مرضی حالات کو سمجھنے کے لئے اس کو صحیح طریقہ پر سمجھ لینا نہایت ضروری ہے۔ اسی لحاظ سے اس کو بڑی اہمیت حاصل ہے۔ عنبیہ چونکہ قرنوی وصلبی جار اتصال پر بلاواسطہ ملحق نہیں ہوتا بلکہ جسم ہدبی کے اندرونی کنارے میں مدغم بھی ہو جاتا ہے اسی لئے اس مقام کا فرش جسم ہدبی کی مقدم سطح سے بنتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ اس مقام پر التہابی اجزا جسم ہدبی سے خزانۂ مقدم میں بلاواسطہ طریقہ پر پہونچ جاتے ہیں۔ علیٰ ہذا القیاس اسی راستہ سے سلعات بھی خزانۂ مقدم میں داخل ہو سکتے ہیں سامنے اور باہر کی طرف خزانۂ مقدم کا استر عجیب و غریب قسم کی نسیج سے ہوتا ہے جس کو ہم رباط مشطی عنبی کہتے ہیں۔ تصویر نمبر ۱۳

آنکھ کے مدور تراشہ میں یہ رباط مثلث نما شکل اختیار کرتے ہیں۔ اور ان کی چوٹی قرنیہ کی موخر سطح سے ملحق ہوتی ہے۔ اس کی اندرونی سطح خزانۂ مقدم کے جوف کی طرف ہوتی ہے باہر کی سطح کچھ تو قرنیہ سے ملحق ہوتی ہے اور کچھ ایک لمبی قناۃ کی ایک دیوار بناتی ہے۔ اسی قناۃ کو ہم قناۃ شلیم کہتے ہیں۔ اس مثلث کا قاعدہ کچھ صلبیہ کے ساتھ ملحق ہوتا ہے اور کچھ قناۃ شلیم کی موخر دیوار پر ابھرا ہوا پایا جاتا ہے۔ اور کچھ حصہ بلاواسطہ جسم ہدبی میں خاص کر عنبیہ کی جڑ کے پاس داخل ہو جاتا ہے۔

صلبی یا قرنوی صلبی حصہ جو صلبیہ اور جسم ہدبی تک ہوتا ہے یہ سوراخ دار پرتوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ اور مشیمی حصہ جو آگے چل کر عنبیہ میں شامل ہوتا ہے ایک قسم کا باریک جال بناتا ہے۔ مذکورہ تمام حصے بشرہ باطنہ سے پوشیدہ ہوتے ہیں۔ اور بشرہ باطنہ ایک طرف قرنیہ کی موخر سطح والے بشرہ باطنہ سے تسلسل رکھتا ہے اور دوسری طرف عنبیہ کی مقدم سطح کے بشرہ باطنہ سے سلسلہ قائم کرتا ہے۔

قناۃِ شلیم

یہ قناۃ قرنیہ اور صلبیہ کو ایک دوسرے سے الگ کرتی ہے۔ لہٰذا صلبیہ کے سب سے مقدم حصے اور خزانۂ مقدم سے اس کا تعلق ہوتا ہے اس حقیقت کو سمجھنا ضروری ہے کیوں کہ صلبیہ کے انشقاق اور بعض اعمال جراحیہ کے لئے اس کا سمجھنا لازم ہے۔

قناۃ شلیم دائرہ نما قناۃ ہے۔ جو بعض مقامات پر کئی قناتوں میں منقسم ہو جاتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ ماہرین اس کو صلبی وریدی جوف کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔ مگر طبعی حالات میں جیسا کہ خزانۂ مقدم کے معائنہ منظار العین سے ثابت ہوتا ہے اس کے اندر صرف مائی رطوبت ہی ہوتی ہے خون بالکل نہیں ہوتا۔

خزانۂ موخر

خزانۂ موخر عنبیہ کے زوائد ہدبیہ اور عدسہ کے محیطی حصے کے اوپر پل کی صورت میں بنتا ہے۔ یہ جوف بھی مدور ہوتا ہے مگر عمودی

تراشہ میں مثلث صورت اختیار کرتا ہے اپنے محیطی حصہ میں گہرا ہوتا ہے - اس کے سامنے عنبیہ محیط پر زوائد ہدبیہ پیچھے عدسہ اور زنار عدسی پائے جاتے ہیں. زناری تجاویف اس سے ملحق ہوتی ہیں جن کا نام پہلے قناۃ پٹیپ بھی رکھا جاتا تھا یہ زناری تجاویف اُن جوفوں سے بھی ملحق ہوتی ہیں - جو زنار عدسی کے ساتھ ساتھ جسم ہدبی اور زجاجیہ کے درمیان پائے جاتے ہیں — خزانہ مقدم اور موخر آپس میں حدقہ میں کے ذریعہ سلے ہوتے ہیں -

عدسہ

عنبیہ اور زجاجیہ کے درمیان واقع ہوتا ہے اور اپنی زنار سمیت آنکھ کو دو حصص میں تقسیم کرتا ہے - ایک سامنے چھوٹا حصہ جس میں رطوبت مائی ہوتی ہے - اور دوسرا پچھلا بڑا حصہ جس میں رطوبت زجاجیہ ہوتی ہے - عدسہ ایک قسم کی محدب ساخت ہے جو شفاف اجزاء پر مشتمل ہوتی ہے اس کی مقدم سطح کم محدب اور موخر زیادہ محدب ہوتی ہے - اس کی مقدم سطح کے مرکزی حصہ کو قطب مقدم اور موخر سطح کے مرکزی حصے کو قطب موخر کہتے ہیں - اس کا کنارہ چاروں طرف گول ہوتا ہے - اس کو ہم عدسہ کا خط استوار بھی کہہ سکتے ہیں یہ وہ مقام ہوتا ہے جہاں عدسہ کی مقدم و موخر سطحیں آپس میں ملتی ہیں -

عدسہ درمیان میں ۴ ملی میٹر موٹا ہوتا ہے - اس کا قطر ۹ ملی میٹر ہوتا ہے اور زوائد ہدبیہ سے جو دائرہ بنتا ہے یہ اسی کے درمیان میں واقع ہوتا ہے اس کا استوائی حصہ چاروں طرف زوائد ہدبیہ سے نصف ملی میٹر دور ہوتا ہے - جسم ہدبی اور عدسہ کے درمیانی حصہ کو جوف ماحول عدسہ کہتے ہیں - اس کی موخر سطح زجاجیہ کے حفیرۂ عدسی کے درمیان واقع ہوتی ہے - اور یہ اپنی جگہ پر زنار کی وجہ سے قائم رہتا ہے -

اگر اس کی زنار کو توڑ کر ہم عدسہ کو باہر نکالیں تو ہم کو معلوم ہوگا کہ یہ ایک غلاف کے اندر بند ہے - یہ عدسی غلاف شفاف ہوتا ہے - غلاف کو علیحدہ کرنے کے بعد انگلیوں کے درمیان عدسہ کو دبائیں تو اس کا قشری حصہ جو کہ محیطی ہوتا ہے علیحدہ ہو جاتا ہے اور انگلیوں کے درمیان اس کا صرف نواتی حصہ باقی رہ جاتا ہے - اس کے پہلے حصہ کو قشری اور دوسرے کو نویّہ کہتے ہیں - عدسہ کے یہ حصص نہ صرف اپنے قوام سے پہچانے جاتے ہیں بلکہ ان کو ہم ان کے رنگ سے بھی شناخت کر سکتے ہیں - قشری حصہ بے رنگ ہوتا ہے مگر نویّہ خفیف طریقہ پر براؤن زردی مائل ہوتا ہے - نویّہ کا یہ رنگ اور قوام عمل تصلّب کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے - عمل تصلّب دراصل اس حصہ کی مائیت کے ضائع ہو جانے کا نام ہے - یہ عمل زمانۂ طفلی سے شروع ہو جاتا ہے مگر اس قدر آہستہ آہستہ ترقی کرتا ہے کہ ۲۵ سال کی عمر میں جا کر ہم صحیح معنی میں یہ کہہ سکتے ہیں کہ عدسہ میں نویّہ پیدا ہو گیا ہے - لیکن اس عمر میں بھی عدسہ کا نویّہ بہت چھوٹا ہوتا ہے -

تصلب کا تعلق چوں کہ عمر کی ترقی کے ساتھ ہے۔ اس لئے سب سے پرانے الیاف سب سے پہلے اس میں مبتلا ہوتے ہیں۔ اور وہ عدسہ کے مرکزی الیاف ہیں۔ یہ عمل مرکز سے محیط کی طرف بڑھتا رہتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ جیسے جیسے عمر بڑھتی جاتی ہو ویسے ویسے یہ حجم میں بھی زیادہ ہوتا جاتا ہے۔ اور قشری حصہ آہستہ آہستہ کم ہوتا جاتا ہے یہاں تک کہ زیادہ عمر ہو جانے پر پورا کا پورا عدسہ نویہ میں تبدیل ہو جاتا ہے یا سخت ہو جاتا ہے۔ اس عمل کی مدت مختلف اشخاص میں مختلف ہوتی ہے یہی وجہ ہے کہ ایک ہی عمر کے مختلف افراد میں نویہ عدسی مختلف حجم کا ہوتا ہے یعنی بعض میں بڑا اور بعض میں چھوٹا ہوتا ہے۔

موتیابند کے آپریشن کے واسطے نویہ کے حجم کا جاننا نہایت ضروری ہے۔ کیوں کہ قرنوی شگاف کا انحصار اس کے حجم پر ہوتا ہے عدسہ کا متصلب حصہ سخت ہوتا ہے اور اپنی شکل کو نہیں بدلتا۔ یہی وجہ ہے کہ عدسی تصلب جس قدر زیادہ ہو اسی قدر طاقت توفیق کا عمل اس کے اندر ناممکن ہو جاتا ہے۔ اور اسی وجہ سے عمر کی زیادتی کے ساتھ طاقت توفیق کم ہو جاتی ہے۔

غیر متصلب قشری حصہ کے مقابلے میں نویہ والے حصہ سے نوری انعکاس زیادہ ہوتا ہے۔ اسی لئے سن رسیدہ اشخاص جن کی آنکھوں میں عدسی نویہ بڑا ہوتا ہے ان کے حدقہ عین کا رنگ بجائے سیاہ کے خاکستری نظر آتا ہے یا سبزی مائل خاکستری ہوتا ہے بعض لوگ اس حالت کو ناتجربہ کاری سے موتیابند سمجھ لیتے ہیں۔

عدسہ کی خوردبینی تشریح

عدسہ کے اوپر متجانس شفاف جھلی کا ایک غلاف ہوتا ہے یہ جھلی عدسہ کی مقدم سطح پر زیادہ دبیز اور موخر سطح پر نسبتاً پتلی ہوتی ہے اس کے مقدم غلاف کے اندر مکعب عدسی خلیات کا ایک پرت ہوتا ہے اسی پرت سے عدسے کی نشو و نما ہوتی ہے۔ کیوں کہ عدسی الیاف انہی غلافی مکعب خلیات سے پیدا ہوتے ہیں اگر ان خلیات کو ہم عدسی غلاف کے مقدم پرت کے اندرونی جانب سے عدسہ کے استوائی حصہ تک دیکھیں تو استوائی مقام پر جا کر یہ خلیات باقاعدہ طور پر دائرہ نما قطاروں میں منظم ہوتے ہیں۔ اس کے بعد یہ خلیات المبوتر سے ہو جاتے ہیں۔ یہاں تک کہ عدسی الیاف دائرہ نما خلیاتی قطار سے حاصل ہوتے ہیں اور شعاعی صورت میں پائے جاتے ہیں۔ یہ حالت اس امر کے سمجھنے میں مدد دیتی ہو کہ عدسہ کی سحابی کیفیت کیوں شعاعی طور پر پائی جاتی ہے جیسے جیسے یہ خلیات لمبے ہوتے ہیں ویسے ویسے ان کے نوات عدسی غلاف سے دور ہوتے جاتے ہیں۔ اور عدسے کے اندر چلے جاتے ہیں۔ گویا کہ اس کے استوائی حصہ میں ایک حصہ ایسا ملتا ہے جس کے اندر متعدد نوات عدسی نسیج میں پائے جاتے ہیں۔ یہ نویہ والا حصہ عدسہ کا وہ حصہ ہے جہاں پر عدسہ کی نشو و نما ہوتی رہتی ہے۔ عدسہ کا بڑھنا برابر جاری رہتا ہے۔ اور نئے الیاف عدسی پرانے الیاف سے پیدا ہوتے رہتے ہیں ۔ یہ پرانے الیاف کے باہر اور ان کے ساتھ لگے ہوتے ہیں نیز عدسہ کے ایک طرف پرت در پرت

مجتمع ہوتے جاتے ہیں اور دوسری جانب یہ الیاف شعاعی طور پر منظم ہوتے ہیں۔ تصویر نمبر ۱۴۔

مذکورۂ بالا بیان سے ظاہر ہے کہ عدسہ کے مرکزی الیاف سب سے پرانے ہوتے ہیں اور سب سے باہر والے الیاف بالکل نئے۔ نویہ والے حصہ کے علاوہ عدسی الیاف میں نوات کسی دوسری جگہ کیوں نہیں پائے جاتے؟ یہ ایک سوال ہے جس کا جواب یہ ہے کہ پرانے الیاف میں سے نوات غائب ہو جاتے ہیں۔

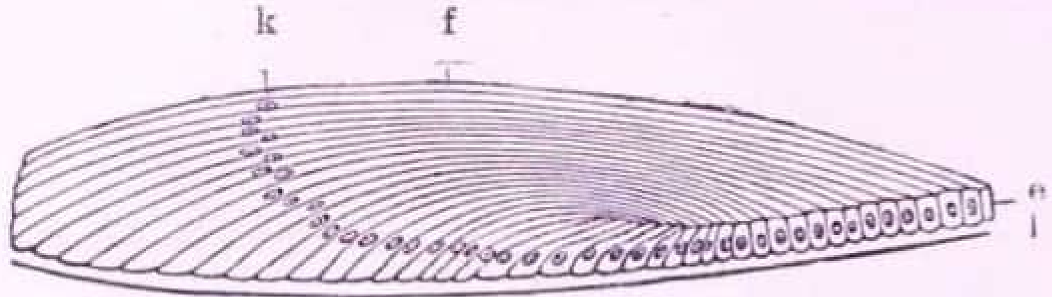
عدسہ کے الیاف لمبے۔ منشوری اور چھ اضلاع والے ہوتے ہیں۔ یہ الیاف ایک دوسرے سے بذریعہ ایک سیمنٹ جیسے مادہ کے ملصق رہتے ہیں۔ عدسی الیاف مقدم سطح عدسی پر یا اس کی موخر سطح پر ان لکیروں میں شروع یا ختم ہوتے ہیں جو مقدم و موخر عدسی قطبوں سے شعاعی طور پر عدسہ کے محیط کی طرف جاتی ہیں۔

مقدم سطح عدسی پر یہ لکیریں Y انگریزی حرف کی شکل بناتی ہیں۔ اور زندگی کی حالت میں جانبی تنویر کے ذریعہ بخوبی دیکھی جا سکتی ہیں۔ مذکورہ لکیریں جو ستارہ نما Y کی شکل کی ہوتی ہیں ان میں سے دوسری شاخیں نکلتی ہیں اور یہ شاخیں دائرہ کو مختلف تراشوں میں منقسم کر دیتی ہیں۔ مرضی حالات میں عدسہ کی سحابی کیفیت میں یہ تراشے بہت صاف دکھائی دیتے ہیں۔ نویہ والے الیاف قشری الیاف سے زیادہ پتلے اور اس کے کنارے نوک دار ہوتے ہیں۔ نویہ اور قشری حصہ میں کوئی حد فاصل نہیں پائی جاتی۔ تصویر نمبر ۱۵۔

تکوین عدسہ اگر ہم کو جنینی عدسہ کی تکوین کے متعلق مکمل علم ہو تو ہم اس کی ساخت کو بخوبی سمجھ سکتے ہیں جنینی عدسہ تین پرتوں میں سے بیرونی پرت یا "اکٹوڈرم" سے حاصل ہوتا ہے۔ اس کے اندر گڑھا پڑ جانے کی وجہ سے آبلہ نما ساخت پیدا ہو جاتی ہے موخر حصہ کے خلیات بڑھتے رہتے ہیں۔ اسی سے عدسی الیاف حاصل ہوتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ آئندہ چل کر اس میں مکعب خلیات بالکل نہیں پائے جاتے۔ اور موخر غلاف عدسی کے اندر عدسہ کے نزدیک مکعب خلیات بشری نہیں ملتے۔ مذکورہ خلیات بڑھنے اور الیاف میں تبدیل ہونے سے آبلہ نما ساخت کی خلاء کو عدسی الیاف سے بھر دیتے ہیں اور یہ ایک کرہ کی صورت اختیار کرتے ہیں۔ اس کرہ میں عدسی الیاف میں سے ہر ایک مقدم غلاف عدسی سے شروع ہو کر موخر عدسی غلاف تک جاتا ہے۔

علیٰ ہٰذا القیاس جوان آدمی کے عدسہ میں یہ الیاف موخر سطح کے عدسی ستارہ نما خطوں سے شروع ہو کر مقدم عدسی ستاروں کی لکیروں تک پائے جاتے ہیں۔ اس کے بعد عدسہ کی نشو و نما سابقہ الیاف کے ساتھ نئے الیاف کے پیدا ہو کر لگنے سے حاصل ہوتی ہے یہ حالت تمام عمر جاری رہتی ہے۔ اس کی مثال بالکل ایسی ہی ہے جیسا کہ سطحی بشری ساختوں میں سب سے باہر کے خلیات رگڑ سے گر پڑتے ہیں اور نئے خلیات ان کی جگہ لے لیتے ہیں۔ مگر یہ حالت عدسہ میں ممکن نہیں ہے کیونکہ یہ بالکل بند ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے عدسہ میں اس ساخت کے اندر پرانے خلیات کے

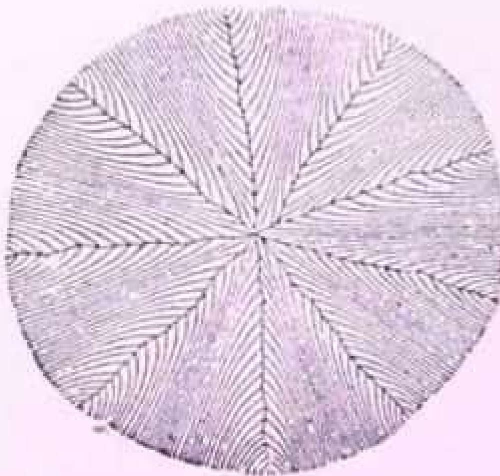
تصویر ۱۴ متعلق صفحہ ۳۹

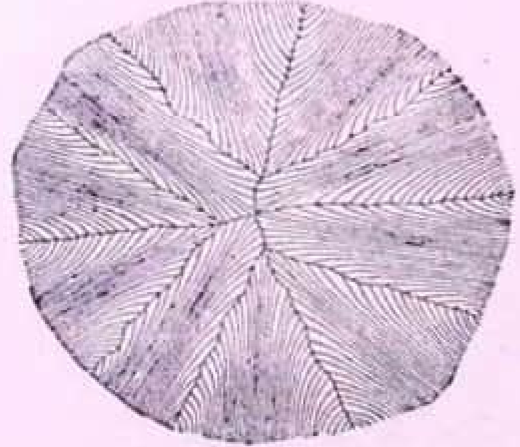


عدسہ کا نواتی منطقہ — (دائرہ) (l) غلاف عدسہ (e) عدسی بشرہ (f) عدسی الیاف (k) نواتی ◆

تصویر ۱۵ متعلق صفحہ ۴۰

(A) (B)





عدسی الیاف کی ستارہ نما شکل — (ماہر بابو کن کے خیال کے مطابق) نورس اور اولیور نے بیان کیا ہے — (A) مقدم عدسی ستارہ کا مرکزی حصہ ، (B) موخر عدسی ستارہ کا مرکزی حصہ ، دونوں شکلوں میں مثلث قطع کے اندرونی جانب یہہ عدسی الیاف ملتے ہوئے معلوم ہوتے ہیں ◆

حجم میں چھوٹے ہونے کے ذریعہ اس کمی کو پورا کر دیا جاتا ہے۔ گویا کہ اس طرح عدسہ مدت العمر بڑھتا رہتا ہے، اور نئے الیاف پیدا ہوتے رہتے ہیں۔ ۲۵ سال سے ۶۵ سال تک عدسہ اپنے حجم میں ایک تہائی بڑھتا ہے۔

زنّارِ ہدبی

یہ ساخت باریک متجانس الیاف پر مشتمل ہوتی ہے جو کہ جسم ہدبی کے اندرونی کنارے سے شروع ہوتی ہے یہ اندرونی کنارہ جسم ہدبی کا حافہ مسنّنہ سے شروع ہوتا ہے۔ یہ الیاف پہلے جسم ہدبی کے ساتھ لگے رہتے ہیں اور زوائد ہدبیہ کی چوٹی پر اس سے الگ ہو جاتے ہیں۔ اور آزاد ہو کر عدسی کنارے تک چلے جاتے ہیں لیکن عدسی کنارے کی طرف جاتے ہوئے یہ الیاف ایک دوسرے سے الگ ہو جاتے ہیں۔ ان میں سے کچھ عدسی استوا تک جاتے ہیں۔ بعض سامنے اور بعض پیچھے سے گذر کر عدسی غلاف تک پہنچتے ہیں اور اس کے اندر مدغم ہو جاتے ہیں۔ جو جوف ان اوتار عدسی اور عدسی استوار کے درمیان مثلث نما واقع ہوتا ہے اس کو قناۃ پیٹیٹ کہتے ہیں۔

طبقۂ زجاجیہ

یہ نسیج شفاف، بے رنگ اور جیلی نما ہوتی ہے۔ آنکھ کا موخر جوف اس سے بھرا ہوتا ہے۔ اس کی مقدم سطح پر ایک گڑھا ہوتا ہے جس کو حفیرۂ عدسی کہتے ہیں۔ اس کے اندر عدسہ کی موخر سطح رکھی ہوتی ہے۔ دوسری طرف "زجاجیہ" طبقۂ شبکیہ اور جسم ہدبی کے ساتھ ملحق ہوتا ہے۔

ہدبی حصے کے ساتھ زجاجیہ مستحکم طریقہ پر ملحق ہوتا ہے مگر شبکیہ کے ساتھ اس کا تعلق اس قدر مضبوط نہیں ہوتا یہ شفاف سیّال مادہ پر مشتمل ہوتا ہے جس کے اندر خلیات ہوتے ہیں جن کو زجاجی کریات کہتے ہیں۔ کریات زجاجی گول یا شاخ دار ہوتے ہیں۔ یہ کریات زجاجیہ کے باہر کے پرتوں میں پائے جاتے ہیں اس کے محیطی حصے میں خصوصاً جسم ہدبی کے نزدیک اس کے اندر الیافی کیفیت معلوم ہوتی ہے۔ یہ زجاجی ساخت ایک شفاف جھلی کے اندر بند ہوتی ہے جس کو غشاء زجاجی کہتے ہیں بعض ماہرین ان اجزاء یعنی لیفی ساخت اور زجاجی جھلی کے متعلق خیال کرتے ہیں کہ یہ صرف معائنہ کرنے کے اعمال کے سلسلے میں پیدا ہو جاتی ہے۔ مگر مرضی حالات میں بھی اس کے موجود ہونے کا ثبوت ملتا ہے مکمل نشو و نما یافتہ آنکھ میں زجاجیہ کے اندر عروق دموی نہیں ہوتے۔ اور اگر ہوتے ہیں تو وہ صرف زجاجی شریان کا بقیہ حصہ ہوتے ہیں۔

قناۃ زجاجیہ کے اندر جنینی حالت میں شریان زجاجی ہوتی ہے بعض اوقات قائم رہتی ہے۔ اور ایک لمفاوی جوف کا کام دیتی ہے۔

حسی نظامِ چشم

حسی نظام چشم ۔ طبقہ شبکیہ ۔ عصب باصرہ اور ان کے متعلق مرکزی نظام عصبی پر مشتمل ہے۔

طبقۂ شبکیہ شبکیہ ایک پتلی غشا ہے جو حالت زندگی میں آنکھ کے اندر شفاف اور ارغوانی سرخ رنگ کی ہوتی ہے۔ اس کے رنگ کا انحصار Visual purple بصارتی ارغوانی رنگ پر ہوتا ہے جو اجسام عصویہ کے اندر پایا جاتا ہے۔ مرنے کے بعد شبکیہ بہت جلد غیر شفاف ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی اس کے بصارتی ارغوانی رنگ بھی زائل ہو جاتا ہے اس ارغوانی رنگ کا زوال روشنی کے عمل سے ہوتا ہے۔ لہٰذا مردہ شخص کی آنکھ کا شبکیہ باریک سفید غشا کی صورت اختیار کر لیتا ہے۔

زندگی کی حالت میں شبکیہ میں دو ابھرے ہوئے مقامات پائے جاتے ہیں۔ ان میں سے ایک سفید اور چھوٹی قرص کی شکل کا ہوتا ہے جہاں سے شبکیہ کے عروق چاروں طرف شبکیہ میں پھیلتے ہیں۔ یہ وہی جگہ ہے جہاں پر عصب باصرہ آنکھ کے اندر داخل ہوتا ہے۔ اسی لئے اس کو قرص بصری بھی کہتے ہیں۔ دوسرا مقام آنکھ کے موخر قطب پر واقع ہے۔ اس کا رنگ ہلکا زرد ہوتا ہے اس لئے اس کو بقعہ صفرادی کہتے ہیں۔ اس مقام کے مرکز میں ایک حفرہ ہوتا ہے۔ جس کو شبکیہ کا حفیرہ مرکزی کہتے ہیں۔

ساخت ۔ اگر طبقۂ شبکیہ کو مشیمیہ سے اوپر اٹھانے کی کوشش کی جائے تو معلوم ہوتا ہے کہ مشیمیہ کے ساتھ یہ طبقہ صرف دو مقاموں پر مستحکم طریق پر ملحق ہوتا ہے یعنی ایک تو قرص بصری کے مقام پر اور دوسرے شبکیہ کے مقدم کنارے پر اس کا الصاق مشیمیہ سے مستحکم اور مضبوط ہوتا ہے۔ شبکیہ کا کنارہ دندانہ دار خط کے مانند ہوتا ہے۔ اسی کو ہم حافہ مسننہ کہتے ہیں۔ انفی جانب اور اوپر کی جانب بہ نسبت صدغی جانب کے حافہ مسننہ زیادہ سامنے کی طرف ہوتا ہے۔ یہ وہ خط ہے جو جسم ہدبی اور مشیمیہ کے درمیان حد فاصل ہے۔

شبکیہ کی ساخت نیچے اوپر کے مختلف پرتوں پر مشتمل ہوتی ہے مگر سب سے اندرونی جانب اس کا لیفی پرت ہوتا ہے جو عصب بصری سے بنتا ہے۔ اس عصب کے الیاف آنکھ کے اندر چاروں طرف پھیلتے ہیں۔ شبکیہ کے سب سے باہر والے پرت میں اجسام عصوی و مخروطی پائے جاتے ہیں شبکیہ کی ساخت کے یہ وہ اجسام ہیں جو احساس نور کا فریضہ ادا کرتے ہیں۔

شبکیہ کے انسجہ دو قسم کے ہوتے ہیں۔ ایک نسیج عصبی ۔ دوسرے نسیج واصل ۔ دوسری قسم کے انسجہ نہایت لطیف عصبی نسیجوں کو یکجا۔ اور عصبی الیاف کو ایک دوسرے سے علیحدہ علیحدہ رکھتے ہیں۔ شبکیہ کے اندرونی جانب ان سے ایک جھلی بنتی ہے جس کو غشا محدد کہتے ہیں۔ یہ جھلی شبکیہ اور زجاجیہ کے درمیان حائل رہتی ہے۔

تغذیہ کے لحاظ سے شبکیہ کے دو حصے ہوتے ہیں۔ ایک حصہ اس کا مخی پرت ہے جس کو مرکزی شریان خون پہونچاتی ہے اور دوسرا حصہ غیر عروقی بصری بشرہ (عصبی بشرہ) ہے جس کا تغذیہ مشیمی عروق شعریہ سے انجام پاتا ہے۔ شبکیہ کے مختلف پرتوں کو معلوم کرنے کے واسطے اس کی تصویر کو ملاحظہ فرمائیں۔

حفیرۂ مرکزی اس مقام پر شبکیہ لطیف ہو جاتا ہے۔ اور اس کے اندرونی تمام پرت اس جگہ پر غائب ہو جاتے ہیں۔ صرف بیرونی ایک پرت رہتا ہے اور اس میں بھی یہ خصوصیت ہوتی ہے کہ اس میں صرف اجسام مخروطی پائے جاتے ہیں۔ عصوی اجسام نہیں ہوتے عصوی اجسام حفیرہ مرکزی کے کنارے سے شروع ہوتے ہیں۔ جیسے جیسے یہاں سے ہم حافہ مسننہ کی طرف بڑھتے جائیں ویسے ویسے ان اجسام عصوی کی تعداد زیادہ اور اجسام مخروطی کی تعداد کم ہوتی جاتی ہے۔

بشرہ ملونہ مذکورہ غشاء جس کو صحیح معنی میں ہم شبکیہ کہہ سکتے ہیں جنینی کاسہ بصری کے اندرونی پرت سے حاصل ہوتی ہے۔ اس کاسہ بصری کے بیرونی پرت سے بشرہ ملونہ بنتا ہے انہی دونوں حصوں کو ہم مجموعی طور پر شبکیہ کہتے ہیں۔ بشرہ ملونہ اور اصل شبکیہ کے مابین یہ تعلق ہے کہ بشرہ ملونہ کے خلیات سے باریک اہداب کے مانند زوائد نکل کر اجسام مخروطی و عصوی کے درمیان پہونچتے ہیں۔ انہی زوائد کے اندر مادہ ملونہ (شکلی بھورے رنگ) کی قلمیں ملتی ہیں۔ شبکیہ کے پرت کا نظام تصویر نمبر ۱۶ میں ملاحظہ ہو۔

جسم ہدبی اور عنبیہ کے ساتھ شبکیہ کا تعلق۔ بظاہر طبقۂ شبکیہ حافہ مسننہ پر ختم ہوتا ہوا معلوم ہوتا ہے مگر ایسا نہیں ہے بلکہ دراصل حافہ مسننہ کے بعد طبقۂ شبکیہ سادہ صورت میں حدقۂ عین کے کنارے تک پہونچتا ہے یعنی جسم ہدبی کی اندرونی اور عنبیہ کی موخر سطح پر استر کرتا ہے۔

شبکیہ کے عروق دموی۔ شبکیہ کا عروقی نظام شبکیہ ہی کے لئے مختص ہے اور یہ صرف اس کے اندرونی پرتوں میں پایا جاتا ہے۔ شبکیہ کا عروقی نظام ہدبی عروقی نظام سے جداگانہ ہوتا ہے۔ اور مرکزی شریان اور مرکزی ورید کی شاخوں سے بنتا ہے۔ یہ شریان اور وریدیں قرص بصری پر مختلف شاخوں میں منقسم ہو جاتی ہیں اور اس تقسیم کے بعد اس کی شاخیں حافہ مسننہ تک پہونچتی ہیں۔ مگر اسی صورت سے کہ ان کا باہمی اتصال قائم نہیں رہتا۔ صرف قرص بصری پر جسم ہدبی اور شبکیہ کے عروق کے مابین اتصال باقی رہتا ہے۔ ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۱۷۔

عام طور پر ماہر "زن" کے صلبی دائرہ عروقی کی ایک بڑی شاخ عصب بصری کے اندر سے ہوتی ہوئی شبکیہ میں داخل ہوتی ہے یہ ہدبیہ و شبکیہ کے عروق کے مابین اتصال قائم کرنے والی شریان نہیں ہے۔ بلکہ یہ خود ہدبی شریان ہے جو شبکیہ کے ایک حصہ کو سیراب کرتی ہے شبکیہ کا یہ رقبہ صدغی جانب واقع ہوتا ہے۔ منظار العین کے ذریعہ معائنہ کرنے پر یہ عروق دموی قرص بصری کے کنارے سے باہر کو نکلتے

ہوئے معلوم ہوتے ہیں۔ وریدوں کی بھی غیر طبعی حالت میں یہی صورت پائی جاسکتی ہے مگر یہ عام نہیں ہوتی۔ یہ ورید بصری ہدبی ورید کی صورت میں مشیمیہ سے خون لے جاکر مرکزی ورید میں داخل کرتی ہے۔

عصب باصرہ

حصص شبکیہ کے عصبی الیاف اکٹھا ہو کر عصب باصرہ بناتے ہیں۔ عصب باصرہ مجر کے راستے آنکھ سے باہر نکلتا ہے اور ثقبہ بصری سے گذر کر جمجمی جوف میں داخل ہوجاتا ہے اسی لئے ماہرین اس کو تین حصوں میں تقسیم کرتے ہیں۔ پہلا وہ حصہ جو آنکھ یعنی صلبیہ کے اندر ہوتا ہے۔ دوسرا مجری حصہ جو مقلۂ عینی سے ثقبۂ بصری تک جاتا ہے۔ تیسرا جمجمی حصہ جو ثقبۂ بصری سے تقاطع بصری تک پہنچتا ہے۔

پہلا حصہ یعنی عصب بصری کا آنکھ کے اندر والا حصہ۔ شبکیہ سے "عصب باصرہ" کے باہر نکلنے کے لئے مشیمیہ اور صلبیہ کے اندر سوراخ ہوتا ہے۔ جس مقام پر یہ سوراخ ہوتا ہے وہ آنکھ کے قطب موخر سے ذرا اندر کی طرف واقع ہے اس سوراخ کو جس سے عصب باصرہ باہر آتا ہے "ثقبہ صلبی" بھی کہتے ہیں۔ حقیقتاً یہ چھوٹی سی ایک قناۃ ہے جس کو قناۃ صلبی و مشیمی اور اس کے اندر سے عصب بصری کے گذرنے والے حصہ کو "صلبی عصب بصری" کہتے ہیں۔ صحیح معنی میں سوراخ نہ تو صلبیہ میں ہوتا ہے اور مشیمیہ میں۔ بلکہ عصب باصرہ ان دونوں کے اندر سے مندرجہ ذیل طریقہ پر باہر نکلتا ہے (۱) صلبیہ کے بیرونی پرت جو صلبیہ کی دبازت کا ⅔ حصہ ہوتے ہیں ان کے اندر عصب باصرہ بالکل سوراخ نہیں کرتا بلکہ صلبیہ کا یہ حصہ آنکھ کے پیچھے کی طرف عصب باصرہ کے اوپر آجاتا ہے اور اس کا خارجی غلاف بناتا ہے اور صلبیہ کے اندرونی پرت ثقبہ صلبیہ کے اوپر جھلی کے طریقہ پر کھنچ جاتے ہیں۔ اس جھلی کے اندر بیشمار سوراخ ہوتے ہیں جن میں سے بھی الیاف گذر کر باہر نکلتے ہیں۔ اسی کو طبقہ مصفویہ (LAMINACRIBROSA) کہتے ہیں۔ اسی طرح مشیمی طبقہ کے چند الیاف بھی ثقبہ صلبی کے اوپر آجاتے ہیں اور اس کے اندر بھی اسی طریقہ سے سوراخ ہوتے ہیں۔ مرضی حیثیت سے طبقہ مصفویہ کو خاص اہمیت حاصل ہوتی ہے۔ جس کے متعلق پہلی بات تو یہ ہے کہ یہ طبقہ آنکھ کا سب سے کمزور مقام ہے۔ کیوں کہ اس جگہ پر صلبیہ کا صرف اندرونی پرت ہوتا ہے جس کے ساتھ مشیمیہ کے بھی چند الیاف پائے جاتے ہیں۔ اسی میں سے عصبی الیاف گذرتے ہیں۔ اسی لئے آنکھ کا توتر بڑھنے پر سب سے پہلے یہی مقام ماؤف ہوتا ہے۔ طبعی آنکھ میں طبقہ مصفویہ بالکل ایک خط مستقیم پر جاتا ہے یا اس میں کسی قدر پیچھے کی طرف ٹیڑھا پن ہوتا ہے۔ چوں کہ توتر عینی کے بڑھنے پر یہ جگہ زیادہ سے زیادہ پیچھے کی طرف ہٹ جاتی ہے اسی لئے

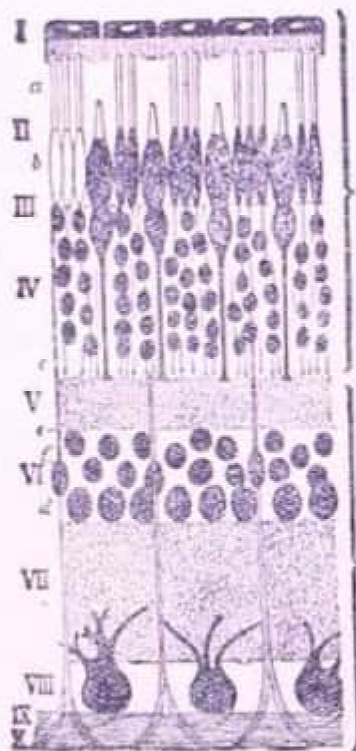
انسانی شبکیہ کی ساخت کا خاکہ — (ماہر گریف کے خیال مطابق)

(A) قطع مستعرض جس کو ہیمے ٹاکسلین کا رنگ دیا گیا ہے — ماہر شلٹز کے نام استعمال کئے گئے ہیں — I بشرہ ملونہ کا پرت II عصوی و مخروطی اجسام کا پرت (a) بیرونی (b) اندرونی — III محدود کرنے والی غشاء IV خارجی جلیفی پرت یا بیرونی پرت (c) الیافی طبقہ V بیرونی شبکی (جالدار) پرت VI اندرونی حبیبی پرت (d) اسفنجی خلیات ء (e) الیاف ملو مع اپنے نوات کے (f) نوات VII اندرونی شبکی (جالدار) پرت VIII عقدی خلیاتی عصبی پرت IX عصبی الیافی پرت X اندرونی طرف محدود کرنے والی غشاء — مذکورہ پرت تین قسم کے نیوران پر مشتمل ہوتے ہیں — پہلا نیوران — ۱ — ۴ پرت تک ، دوسرا ۵ — ۷ تک اور تیسرا ۸ — ۱۰ تک ہوتا ہے ●

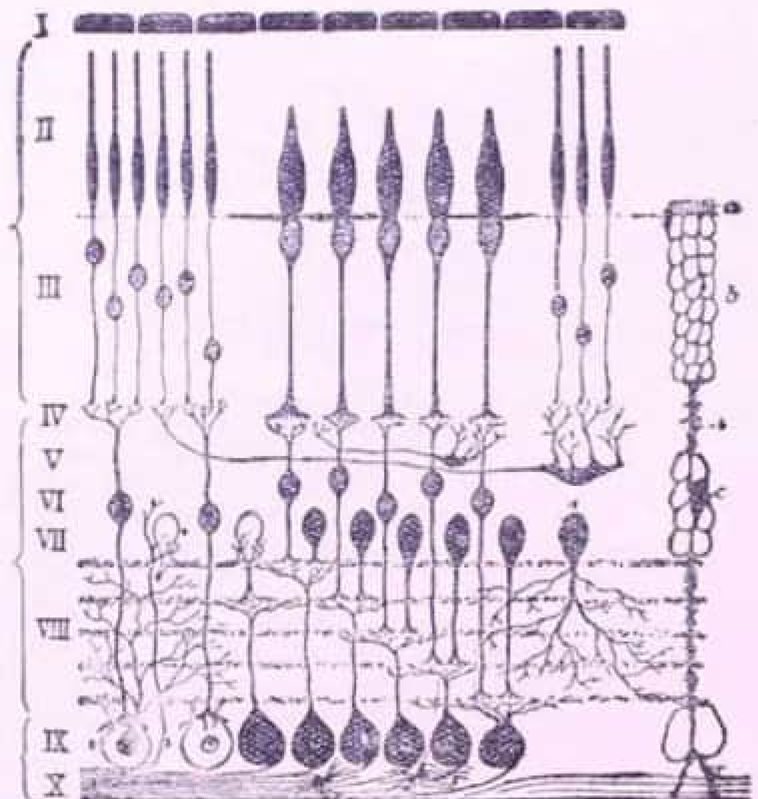
(B) ماہر کا لگی کے طریقہ پر شبکیہ کے پرت دکھائے گئے ہیں — اس میں ماہر "کا جال ،، کے ناموں کو استعمال کیا گیا ہے — I ملون بشرہ کا پرت II اجسام عصوی و مخروطی کا پرت III عصوی و مخروطی اجسام کے حبیبات کا فرق ، IV بیرونی شبکی (جالدار) پرت V افقی خلیات کا پرت VI قطبین والے خلیات کا پرت VII اسفنجی خلیات کا پرت یہ خلیات اندرونی شبکی (جالدار) پرت کے اندر اپنے زوائد نکالتے ہیں یا ان کے زوائد مختلف پرتوں میں پھیلے ہوتے ہیں — VIII اندرونی شبکی (جالدار) تہ ، IX عقدی عصبی خلیات کی تہ ان کے زوائد یا تو ایک ہی پرت میں ہوتے ہیں یا منتشر عقدی خلیات کی صورت میں پائے جاتے ہیں — اور بہت سے پرتوں میں ہوتے ہیں — X عصبی الیاف کے پرت یہ ، ،ر اصل طبقہ شبکیہ کو بناتے ہیں — (۲ و ۳) عصبی بشرہ بناتے ہیں (۴ — ۱۰) دماغی مخی پرت اس کے علاوہ شبکیہ کے اندر ایک اساسی جال ہوتا ہے جو کہ عصبی نسیج واصل سے بنتا ہے اور اس سے تمام شبکیہ کی ساخت سہارا پاتی ہے (۵) ان عصبی نسیج واصل کے خلیات کو عنکبوتی خلیات بھی کہتے ہیں ●

متعلق صفحه ۲۳ تصویر ۱۶ کتاب العین

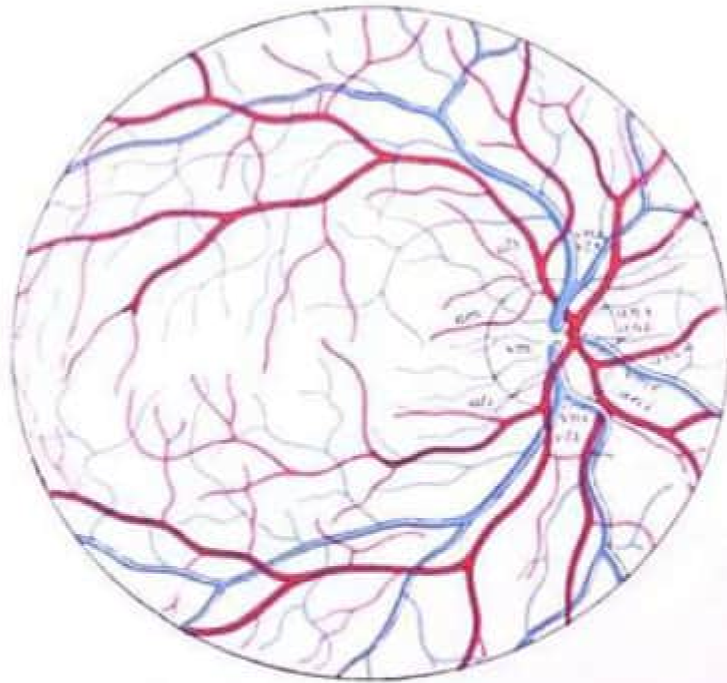
(A)



(B)



شبکیہ کے عروق دموی



a. t. s. — بالائی صدغی شریان — a. n. s. — بالائی انفی شریان -
a. t. i. — زیرین صدغی شریان — a. n. i. زیرین انفی شریان —
a. m. e. — شریان بقعہ صفراوی — v. t. s. بالائی صدغی ورید —
v. n. s. — بالائی انفی ورید — v. t. i. — زیرین صدغی ورید — v. n. i. —
زیرین انفی ورید — v. m. — ورید بقعہ صفراوی •

اس جگہ پر زرق المائی قمر پیدا ہو جاتا ہے۔

دوسرا سبب اس کی اہمیت کا یہ ہے کہ ثقبہ صلبیہ کے اندر خصوصاً طبقہ مصفویہ کی حدود میں عصب باصرہ ایک قسم کی سخت یعنی دیوار کے اندر محصور ہوتا ہے یہ صورت عصب باصرہ کی کہیں نہیں پائی جاتی اگر اس حصہ میں عصب باصرہ میں التہاب یا ورم لاحق ہو تو اس مقام پر بہت جلد اس کے اندر انخناقی حالت پیدا ہو سکتی ہے اور ایسی صورت میں اس کی قوت حیات بھی زائل ہو سکتی ہے اس کی مثال بالکل ایسی ہی ہے جیسا کہ "قناۃ اربیہ" کے مقام پر اس کے یعنی حدقہ کی وجہ سے "فتق" ساختوں میں اختناقی کیفیت پیدا ہو سکتی ہے یا ان میں شقاقلوس (غانغرانا) لاحق ہو سکتا ہے۔ عصب باصرہ کا جو حصہ طبقہ مصفویہ کے سامنے ہوتا ہے یعنی آنکھ کے اندر والا حصہ اس کو ہم عصب بصری کا سر (قرص بصری) کہتے ہیں۔ یہ وہ مقام ہے جو منظار عینی سے معائنہ کرتے وقت قرص بصری کی صورت میں نظر آتا ہے۔

قرص بصری سے عصب بصری کے الیاف پھیل کر شبکیہ کا سب سے مقدم پرت بناتے ہیں۔ یہ عصبی الیاف چار حصوں پر مشتمل ہوتے ہیں۔

(۱) انفی حصہ (۲) بالائی صدغی حصہ (۳) زیرین صدغی حصہ (۴) قرصی وبقعی حصہ۔ انفی الیاف پنکھے کی صورت میں ایک دوسرے سے ذرا متسع ہوتے ہوئے انفی نصف شبکیہ میں پھیلتے ہیں۔ قرصی وبقعی حصہ شبکیہ کا ½ حصہ ہوتا ہے۔ یہ الیاف قرص کے صدغی جانب والے رقبہ میں جاتے ہیں اور "الیسی" قوس کی صورت میں بقعہ صفراوی تک پہنچتے ہیں بالائی صدغی اور زیرین صدغی حصے دو حصص میں منقسم ہو جاتے ہیں جن میں سے ایک محیطی اور دوسرا مرکزی ہوتا ہے محیطی الیاف انفی الیاف کی طرح پنکھے کے مانند قوس نما شکل میں پھیلتے ہیں۔ اور محیط تک پہنچتے ہیں۔ بالائی صدغی حصہ کے وسطی الیاف زیرین صدغی حصے کے الیاف سے افقی محور پر اس خط پر ملتے ہیں جو حفیرہ مرکزی سے ۱۰ سے ۲۰ ڈگری تک ہوتا ہے۔ مذکورہ دونوں الیاف اس خط سے آگے نہیں تجاوز کرتے۔

بالائی اور زیرین صدغی حصص کے الیاف جن سے شبکیہ کا بڑا رقبہ بنتا ہے۔ بہت زیادہ تعداد میں قرص بصری پر سے گذرتے ہیں مگر ان کا قرص بقعی والا حصہ شبکیہ کے رقبہ کے لحاظ سے بہت بڑا ہوتا ہے۔ عضوی افعال کے نقطۂ نظر سے دیکھا جائے تو یہ حالت بالکل درست ہی کیوں کہ بقعی حصہ میں حسی اجزا بہت زیادہ ہوتے ہیں اسی لئے عصبی الیاف اس حصہ میں بہت زیادہ پائے جاتے ہیں۔ یہاں کے اجزا میں احساسی زیادتی اس امر کو مستلزم ہے کہ ہر جز کا تعلق دماغ سے ہو۔ اسی لئے اس رقبہ میں عصبی الیاف کی زیادہ تعداد ہوتی ہے خواہ رقبہ چھوٹا ہی کیوں نہ ہو۔

شبکیہ کے محیطی حصہ میں ممکن ہے کہ وہاں کے اجزا حسیہ صرف ایک لیف کے ذریعہ دماغ تک تحریک کو منتقل کرتے ہوں کیوں کہ محیطی حصہ میں نہایت باریک کام کے لئے بصارت نہیں ہوتی۔

خیال غالب ہے کہ شبکیہ کے محیطی الیاف ممکن ہے کہ قرص بصری کے مرکز میں پہونچتے ہوں اور شبکیہ کے مرکزی الیاف قرص بصری کے محیطی حصہ میں جاتے ہوں مگر بعض ماہرین اس خیال کی تائید نہیں کرتے بلکہ ان کا خیال اس کے مخالف ہے شبکیہ اور قرص کے الیاف جب طبقہ مصفّویہ میں سے گذرتے ہیں تو ان پر کوئی غلاف نہیں ہوتا۔ اسی لئے یہ شفاف ہوتے ہیں۔ مگر طبقہ مصفّویہ سے گذرنے کے بعد ان پر غلاف ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے یہ دبیز اور غیر شفاف ہو جاتے ہیں۔ عصب بصری کا مجری حصّہ آنکھ کے اندرونی حصّے سے زیادہ بڑا ہوتا ہے۔

عصب بصری کا مجری حصّہ

عصب بصری اپنی رفتار میں آنکھ سے ثقبہ بصری تک انگریزی کے چھوٹے حرف S. کی طرح ٹیڑھا ہوتا ہے (ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۲) اسی وجہ سے آنکھ کی حرکات کا دائرہ وسیع ہو جاتا ہے آنکھ کی حرکات ایک گھومنے والے مرکز کے گرد ہوتی ہیں۔ اور یہ مرکز تقریباً آنکھ کے وسط میں واقع ہوتا ہے۔ اسی لئے جب قرنیہ کو ایک طرف سے گھمایا جاتا ہے تو آنکھ کا موخر قطب اسی قدر مقابلہ میں چلا جاتا ہے جتنا کہ قرنیہ کو گھمایا گیا ہے۔ اب اگر عصب باصرہ ٹیڑھا ہونے کے بجائے سیدھا ہو جائے یعنی ثقبہ بصری اور مقلۃ العین کے درمیان ایک خط مستقیم کی صورت میں ہو تو آنکھ کا موخر حصّہ ہمیشہ اپنی جگہہ پر رہے گا جس کی وجہ سے حرکات چشم میں رکاوٹ پیدا ہوگی۔ جو اس وقت پائی جاتی ہے جب کہ "جحوظ العین" میں عصب باصرہ کھنچ جاتا ہے۔ اس کے کھنچنے کی وجہ سے حرکات چشم میں رکاوٹ محسوس ہوتی ہے۔

عصب باصرہ میں "عصبی الیاف" اور "نسیج واصل" دو چیزیں ہوتی ہیں۔ "نسیج واصل" ان عصبی الیاف کو آپس میں باندھے رہتی ہے۔ یہ الیاف تعداد میں بیشمار ہوتے ہیں ان کا حجم ایک دوسرے سے مختلف ہوتا ہے بعض موٹے بعض باریک ہوتے ہیں ان کی تعداد دہ لاکھ یا اس سے بھی زیادہ ہوتی ہے۔

ان الیاف میں بعض اپنے مرکز سے قریب تر (Centripital) اور بعض مرکز سے بعید یعنی Centrifugal محیطی ہوتے ہیں۔ ان کے درمیان ان کو سہارا دینے اور ایک دوسرے کے ساتھ مجتمع رکھنے کے لئے نسیج واصل ہوتی ہے۔ یہ الیاف باہم مل کر بنڈل بناتے ہیں۔ بنڈل ایک دوسرے کے متوازی چلتے ہیں اور ایک بنڈل کے الیاف دوسرے بنڈل میں بھی داخل ہو جاتے ہیں۔

ان بنڈلوں کے درمیان میں "عصبی نسیج واصل" ہوتی ہے جو ان کو آپس میں مجتمع رکھتی ہے۔ اس عصبی "نسیج واصل" کے جا بجا حجاب

نظر آتے ہیں جو ہر جگہ پر ایک دوسرے سے متصل ہوتے ہیں اور سارے عصب باصرہ کے اندر پائے جاتے ہیں اس حجاب کی اندرونی سطح اور عصب باصرہ کے درمیان ایک جوف ہوتا ہے۔ یہ جوف لمفاوی جوف کا کام دیتا ہے۔ عصب کے تنے میں بقیعی ترصی الیاف کا عجیب نظام ہوتا ہے۔ آنکھ کے باہر یہ سب لیاف دائرہ کے ایک ایسے قطع کی صورت میں مجتمع ہوتے ہیں کہ جس کی چوٹی عصب باصرہ کے مرکز کی طرف اور قاعدہ عصب کے بیرونی کنارے سے تسلسل رکھتا ہے آگے چل کر یہ نظام بدل جاتا ہے اور یہ لیاف عصب کے درمیانی حصہ میں چلے جاتے ہیں۔ عصب باصرہ کے تین غلاف ہوتے ہیں۔ ایک اندرونی۔ دوسرا درمیانی اور تیسرا بیرونی۔ یہ تینوں غلاف دماغی اغشیہ سے حاصل ہوتے ہیں۔ اسی لئے ان کا نام بھی انہی اغشیہ کے مطابق ہوتا ہے۔ چنانچہ پہلے غلاف کا نام "غلاف ام حنونی" دوسرے کا نام "غلاف عنکبوتی" اور تیسرے کا نام "غلاف جافی" رکھا جاتا ہے۔

اندرونی غلاف یعنی غلاف ام حنونی"۔ بالکل عصب باصرہ کے ساتھ چپاں ہوتا ہے اور اسی سے نسیج واصل کے الیاف حجاب کے طور پر عصب باصرہ میں داخل ہوتے ہیں۔ ان کے الیاف کے ہمراہ عروق دمویہ بھی ہوتے ہیں۔ سب سے باہر کا غلاف یعنی غلاف جافی" اندرونی غلاف سے بہت زیادہ دبیز ہوتا ہے۔ اور عصب کے گرد ڈھیلے خول کے مانند رہتا ہے۔ اسی وجہ سے ایک فراخ جوف "جوف بین الاغماد (Inter vaginal space) اس کے اور اندرونی غلافی الیاف کے درمیان باقی رہتا ہے درمیانی غلاف یعنی "غلاف عنکبوتی" حقیقتاً نہایت باریک قسم کی ایک غشا ہے۔ جو اکثر حصوں میں "غلاف جافی کے ساتھ مضبوطی سے ملحق ہوتی ہے۔

یہ غلاف نسیج واصل کے متعدد حجابات کے ذریعہ اندرونی و بیرونی غلافوں سے ملحق ہوتا ہے۔ اور جوف بین الاغماد کو دو حصوں میں تقسیم کرتا ہے جن میں ایک کو جوف تحت الجافی اور دوسرے کو جوف تحت العنکبوتی کہتے ہیں۔ یہ تجاویف اپنے ہی نام کے دماغی جوفوں سے ملحق ہوتی ہیں۔ ان جوفوں کی طرف مڑنے والے غلافوں کی اندرونی سطح پر بشرہ باطنہ کا استر ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے ان کو بظاہر لمفاوی قناۃ سمجھتے ہیں۔

عصب باصرہ کے تینوں غلاف صلبیہ کے پاس پہنچ کر آپس میں مدغم ہو جاتے ہیں۔ بیرونی اور درمیانی غلاف صلبیہ کے باہر والے حصہ تک پہونچنے کے بعد اور اندرونی غلاف صلبیہ کے اندرونی ⅓ حصہ میں مدغم ہوتا ہے اور طبقہ مصفویہ بناتا ہے۔ اس کا اتصال مشیمیہ سے بھی ہوتا ہے مؤخر جانب تینوں غلاف دماغی غشاؤں سے ملے ہوتے ہیں۔

عروق دمویہ" غلاف ام حنونیہ" سے حاصل ہوتی ہیں اور یہاں سے عصب باصرہ کے اندر داخل ہو جاتی ہیں۔ اس کے علاوہ محجر کے

مقدم حصہ میں بھی عصب باصرہ کے مرکزی عروق پائے جاتے ہیں۔

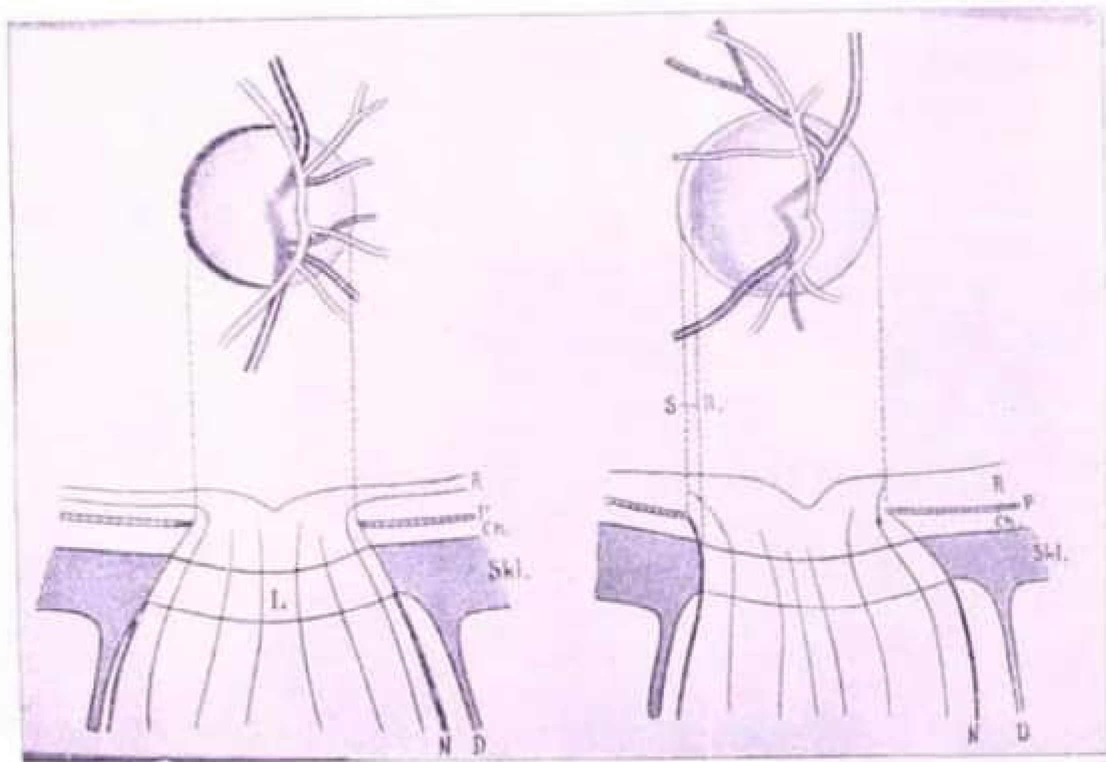
مرکزی شریان ۔ شریان عینی کی ایک شاخ ہوتی ہے۔ اور مرکزی ورید بالائی ورید عینی میں یا جوف کہفی میں بلا واسطہ کھلتی ہے۔ دونوں عروق یعنی ورید و شریان مرکزی آنکھ سے ۱۰ یا ۱۲ ملی میٹر کے فاصلہ پر عصب باصرہ میں اس کے زیرین اور اندرونی جانب سے داخل ہوتی ہیں اور عصب کے اندر مرکز میں قرص بصری تک پہنچتی ہیں یہاں پہنچنے کے بعد شبکیہ کے عروق میں منقسم ہو جاتی ہیں۔

طبقۂ مصفویہ میں عروق دموی دو مقام سے آتے ہیں ایک تو عصب باصرہ کے مرکزی عروق سے اور دوسرے "زن" یا ماہر "ہیلر" کے دائرہ عروقی سے۔ اور ان کے ساتھ اتصال قائم کرنے والے عروق۔ موخر ہدبی شرائین صغیرہ سے حاصل ہوتے ہیں اور جوف بین الاغماد کے بند کنارے کے سامنے صلبیہ کے اندر پڑے ہوتے ہیں۔ طبقۂ مصفویہ کا عشری عروقی جال گویا کہ شبکی اور ہدبی عروقی نظام کے درمیان آخری اتصالی کڑی ہے۔ طبقۂ مصفویہ کی دوسری جانب یعنی آنکھ کے اندر شبکیہ کا عروقی نظام دوسرے نظاموں سے بالکل الگ ہو جاتا ہے۔

عصب باصرہ کا حجمی حصہ ۔ ثقبہ بصری سے گذرنے کے بعد عصب باصرہ محجر کو چھوڑ دیتا ہے۔ دوسرے معنی میں ثقبہ بصری ایک چھوٹی سی قناۃ ہے جس میں عصب بصری کے علاوہ شرائین عینیہ بھی پائی جاتی ہیں۔

عصب باصرہ کا حجمی حصہ ثقبۂ بصری سے تقاطع بصری تک ہوتا ہے اسی لئے اس کی لمبائی بہت تھوڑی ہوتی ہے۔ یہ حصہ چوڑا ہوتا ہے اور اس پر "ام حنونہ" کا غلاف ہوتا ہے۔ کیونکہ دوسرے دونوں غلاف ثقبۂ بصری سے گذرتے ہوئے دماغی اغشیہ سے مل جاتے ہیں۔

تقاطع بصری و طریق بصری ۔ دونوں عصب باصرہ تقاطع بصری پر پہنچ کر آپس میں مل جاتے ہیں اور تقاطع بصری کے پیچھے طریق بصری کے طور پر دوبارہ ظاہر ہوتے ہیں۔ تقاطع بصری عظم المصفاۃ کے بصری گڑھے میں واقع ہوتا ہے اور بالکل "قمع" کے سامنے غدہ نخامیہ پر پایا جاتا ہے۔ تقاطع بصری سے طریق بصری کا رخ پیچھے کی طرف کو ہوتا ہے۔ دونوں طریق بصری ایک دوسرے سے دور ہوتے جاتے ہیں اور ساق مخیہ (Crus cerebri) کے گرد گھوم کر اپنے ابتدائی تحت قشری دماغی مراکز میں پہنچ جاتے ہیں۔ ان مراکز میں سب سے زیادہ ضروری بیرونی جسم رکبی (Ext.Geniculate body) اور مقدم جسم رباعی Corpus quadrigeminum اور سریر بصری (Thalamus opticus) ہیں یہاں پہنچنے کے بعد یہ الیاف "نویہ محرک بصر" (نویہ عصب ثالث حجمی) (Oculo motor nucleus) اور دماغی قشرہ میں چلے جاتے ہیں۔



طبعی قرص بصری — عصب بصری کا آنکھ کے اندر والا وہ حصہ جہاں پر کہ عصب بصری آنکھ کے اندر داخل ہوتا ہے — (مع عروق) •

صلبیہ—S. K. L.
بشرہ ملونہ—P.
طبقہ مصفویہ—L.
أم جافیہ—D.
مشیمیہ—C. H.
شبکیہ—R.
غلاف عصبی (غشاء ام حنونہ)—N.

محجر چشم اور اُس کے اندرونی اجزا

عظمی محجر ایک مربع حرم کی شکل کا ہوتا ہے۔ جس کا قاعدہ مقدم سوراخ محجر سے تسلسل رکھتا ہے۔ اس کی چوٹی ثقبہ بصریہ پر ہوتی ہے دونوں محجر کی انفی دیواریں ایک دوسرے کے متوازی مگر صدغی دیواریں ایک دوسرے سے متبع ہوتی ہیں۔ صدغی دیواروں میں اتساع پیچھے سے سامنے کو آتے ہوئے پیدا ہوتا ہے۔ انفی دیوار سب سے زیادہ پتلی ہوتی ہے کیوں کہ یہ دیوار عظم دمعی سے بنتی ہے اور عظم دمعی کاغذ کے مانند پتلی ہڈی ہے۔ عظم دمعی کے علاوہ اس دیوار کے بنانے میں عظم المصفاۃ بھی حصّہ لیتی ہے۔ اس کی مقدم صدر پر "حفیرہ دمعیہ" ہوتا ہے جس کے اندر کیس دمعی واقع ہوتی ہے۔ محجر کے موخر حصّہ میں تین سوراخ ہوتے ہیں جو محجر کو اس کے قریب والے جوفوں سے ملاتے ہیں۔ ان میں سے پہلا سوراخ ثقبہ بصریہ کہلاتا ہے یہ سوراخ عظم المصفاۃ کے چھوٹے اور جانبی حصّوں کی جڑ سے دونوں طرف گذرتا ہے اور یہاں سے جمجمہ کے حفیرہ متوسط تک ہوتا ہے۔ اس سوراخ میں سے عصب باصرہ اور اس کے نیچے شریان عینی محجر کے اندر داخل ہوتی ہے۔ اور دوسرا بالائی محجری انشقاق ہے جو اوپر اور باہر والی دیواروں کے جا۔ اتصال پر ہوتا ہے۔ اس کو محدود کرنے والے عظم المصفاۃ کے جناح اکبر و اصغر ہوتے ہیں۔ یہ انشقاق جمجمی حفیرہ مرکزیہ" میں پایا جاتا ہے۔ اس کے اندر سے اعصاب چشم محجر میں داخل ہوتے ہیں۔ ان اعصاب چشم کے علاوہ عصب جمجمی خامس کی پہلی شاخ بھی باہر نکلتی ہے۔ تیسرا سوراخ "زیرین محجری انشقاق" ہے۔ یہ دوسرے سوراخ سے بڑا ہوتا ہے اور بیرنی و زیرین دیواروں کے جا اتصال پر پایا جاتا ہے۔ "عظم المصفاۃ" کے جناح اکبر اور "عظم الفک بالائی" کے درمیان محدود ہوتا ہے۔ اور محجر کو "حفیرہ صدغیہ" کے ساتھ ملحق کرتا ہے۔ اس کے اندر سے "عصب جمجمی خامس" کی دوسری شاخ باہر نکلتی ہے اور اس عصب کی سب سے بڑی شاخ جو "زیرین محجری عصب" ہے محجر کے اندر داخل ہوتی ہے۔

زیرین محجری انشقاق ایک صفاق کے ذریعہ بند ہوتا ہے۔ اس میں بشمار غیر مخطط الیاف بھی شامل ہوتے ہیں" یہ ملر کا محجری عضلہ کہلاتا ہے اس میں شمرکی اعصاب داخل ہوتے ہیں۔ جیسے جیسے عمر بڑھتی جاتی ہے اس کے ساتھ مقلعین بھی بڑھتا ہے۔ اور محجری خلا بھی زیادہ ہوتی جاتی ہے مگر جب مقلعین کی نشو و نما میں کوئی رکاوٹ ہو یا جب کہ محجر بچپن میں بالکل برباد ہو گیا ہو تو محجری خلا چھوٹی رہ جاتی ہے۔ اگر بعد میں ہم چاہیں کہ ایسے مریضوں میں مصنوعی آنکھ لگادیں تو یہ ظاہر ہے کہ یہ مصنوعی آنکھ دوسری آنکھ سے بہت چھوٹی ہوگی اور اس قدر دونوں آنکھوں میں فرق ہوگا کہ ان کا اختلاف بہت زیادہ نمایاں ہوگا۔

محجر عین کی دیواریں اپنے مقدم کنارے پر موٹی ہو کر ایک قسم کا مضبوط حلقہ بناتی ہیں۔ اسی کو ہم محجری کنارہ کہتے ہیں۔ یہ حلقہ بیرنی

ضربات وحوادث سے آنکھ کو محفوظ رکھتا ہے خصوصیت کے ساتھ یہ حلقہ تحفظ کا کام اس وقت زیادہ دیتا ہے جب کہ آنکھ پر کوئی ضرب یا حادثہ اوپر یا نیچے کی طرف سے پہونچنے والا ہو۔ اندرونی جانب محجر کا کنارہ نمایاں طور پر اُبھرا ہوا نہیں ہوتا۔ اس طرف سے آنکھ کی حفاظت ناک کے بانسے سے ہوتی ہے۔ باہر کی طرف محجری کنارہ آنکھ سے دور واقع ہوتا ہے۔ اور اس طرف سے ضربات وحوادث آنکھ تک پہونچ سکتے ہیں یعنی محجری کنارہ اس جانب سے آنکھ کی حفاظت بہت کم کرتا ہے۔

محجر کے بالائی کنارے میں ایک دندانہ ہوتا ہے جو بالائی محجری دندانہ کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ اس دندانہ میں اسی کی نام کی شریان اور عصب ہوتے ہیں۔ اور محجری نچلے کنارے پر ایک قناۃ ہوتی ہے اس کو زیرین محجری قناۃ کہتے ہیں۔ اس کے اندر زیرین محجری شریان اور عصب ہوتے ہیں۔ یہ قناۃ نیچے جاکر رخسار پر جس جگہ کھلتی ہے اس کا نام زیرین محجری سوراخ ہے۔ یہ سوراخ محجری نچلے کنارے سے تقریباً ۴ ملی میٹر نیچے واقع ہوتا ہے۔

مذکورہ بالا دونوں مقامات کا جاننا نہایت ضروری ہے۔ کیوں کہ ان میں سے ان ہی کے نام کے اعصاب باہر نکلتے ہیں۔ ان مقامات پر اگر دباؤ پڑے تو خاص طور پر اس کا احساس ہوتا ہے۔ خصوصاً عصب خامس کے درد اور جفنی انقباض میں اس مقام پر احساس بہت ہوتا ہے (تصویر نمبر ۱۹ ملاحظہ ہو)

محجر کے چاروں طرف دوسرے جوف بھی ہوتے ہیں جن کی مرضی حالتوں میں محجر بھی شرکت کرتا ہے۔ ان تجاویف میں سے۔ جفیرہ انفیہ اور اس کی ملحقہ تجاویف مثلاً جوف جبہی وجوف بائی مور وجوف مصفوی ہیں

محجر عین کی اندرونی ساختیں

مقلہ عین۔ عضلات چشم۔ عصب باصرہ اور رغدد دمعیہ۔ عروق دمویہ نیز دیگر اعصاب ان تمام ساختوں کے درمیان میں محجر کی شحمی نسیج ہوتی ہے۔ اور یہ جملہ ساختیں ایک مستحکم الحاقی صورت میں صفاقی نظام کے ماتحت قائم رہتی ہیں۔ یہ صفاقی نظام تین جگہوں پر خاص طور پر مستحکم ہوتا ہے۔ اور ان ہی مقامات پر اس کے مختلف حصص آپس میں زیادہ مستحکم ملے ہوتے ہیں۔ ان میں سے (۱) محجر عینی کی دیواروں اور ان مقامات پر جہاں یہ صفاقی نظام ہڈیوں کے اوپر غشاء العظم کی صورت میں پایا جاتا ہے اس جگہ اس کا نام "صفاق حول محجری" رکھا جاتا ہے۔ اس کے ذریعہ محجر کی مقدم دیوار بنتی ہے۔ چنانچہ مقدم دیوار "صفاق محجری غضروفی" سے بنتی ہے۔ یہ صفاق محجر کے کنارے سے شروع ہوتی ہے اور دونوں غضروف سے اس کا الحاق ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں اندرونی وبیرونی حقیم کے رباط سے بھی یہ ملحق ہوتی ہے۔ یہ تمام انسجہ مل کر "حجاب محجری" کہلاتے ہیں۔ جو اجفان کے بند ہونے پر محجر کو سامنے کی طرف سے بند کرتے ہیں۔ گویا کہ اس کے اندر کی نسیجیں اس کے اندر بند ہو جاتی ہیں۔

(۲) عضلات چشم کے گرد صفاق ہوتی ہے جس کے زوائد آپس میں عضلات کو ایک دوسرے کے ساتھ ملحق کرتے ہیں اور ان ہی صفاقی زوائد کے ذریعہ عضلات اجفان اور محجری کناروں سے بھی ملحق ہوتے ہیں۔

(۳) مقلۂ عین کے چہار طرف یہ صفاق دبیز ہو کر ایک غلاف بناتی ہے۔ اس غلاف کا نام "غلاف ٹینان" ہے۔ سامنے کی طرف یہ "مقلی ملتحمہ" تک اور پیچھے کی جانب عصب باصرہ تک جاتا ہے یعنی سامنے اور پیچھے یہ "غلاف ٹینان" کھلا ہوتا ہے اس کو ہم آنکھ کے گرد کھنچا ہوا ایک قسم کا چوڑا حلقہ بھی کہہ سکتے ہیں۔ یہ غلاف آنکھ کے لئے ایک حیثیت سے تجویف مفصلی کا کام دیتا ہے۔ اس کے اندر آنکھ کی حرکات بآسانی ہو سکتی ہیں۔

آنکھ کی سطح اور "غلاف ٹینان" کی وہ سطح جو مقلۂ چشم سے ملحق ہوتی ہے یہ دونوں سطحیں نرم ہوتی ہیں اور دونوں پر بشرہ باطنہ کا استر ہوتا ہے۔ ان دونوں کے درمیانی جوف کو "جوف ٹینان" کہتے ہیں بعض ماہرین کا خیال ہے کہ یہ جوف لمفاوی ہوتا ہے۔ جن مقامات پر عضلات کے اوتار "غلاف ٹینان" میں سوراخ کرتے ہیں ان ہی مقامات پر "غلاف ٹینان" عضلات پر چڑھ جاتا ہے اور عضلات پر استر کرنے والی صفاق کے ساتھ مدغم ہو جاتا ہے۔ محجر کے سامنے کی طرف مورّبی عضلات کے ذریعہ آنکھ معلق ہوتی ہے۔ پیچھے کی طرف "عضلات مستقیمہ" اور ان مضبوط صفاقوں کے ذریعہ جو آنکھ اور اس کے عضلات کو باہم جوڑتی ہیں اور ان سب ساختوں کو محجری دیوار نیز اجفان سے ملحق کرتی ہیں۔ ان صفاقی پرتوں کی وجہ سے ایک طرح کا ڈھانچہ بن جاتا ہے جو پچھلی جانب کمزور ہوتا ہے مگر سامنے کی طرف کافی مضبوط ہوتا ہے اور عضلات کے طبعی تناؤ سے مدد حاصل کر کے آنکھ کو مضبوطی کے ساتھ اپنی جگہ پر قائم رکھتا ہے۔

محجر کے دموی عروق۔ شریان عینی سے حاصل ہوتے ہیں۔ یہ شریان عینی شریان سباتی کی ایک شاخ ہوتی ہے۔ اور محجر کے اندر "ثقبۂ بصری" میں سے گذر کر پہونچتی ہے۔ وریدی خون بالائی اور زیریں "اوردہ عینیہ" کے ذریعہ محجر سے باہر آتا ہے۔ یہ دونوں وریدیں "بالائی محجری انشقاق" کے راستے سے گذر کر "جوف کہفی" میں کھلتی ہیں۔ اور دونوں "عینی وریدیں" جبہی اوردہ کے ساتھ بیشمار اتصالات قائم کرتی ہیں۔ محجر کے اندر لمفاوی غدد قطعاً نہیں ہوتے۔

محجر کے اعصاب — محجری اعصاب محرک ہوتے ہیں جو عضلات چشم کے لئے مختص ہیں۔ حسی اعصاب جن کا تعلق عصب خامس کی پہلی اور دوسری شاخ سے ہوتا ہے وہ بھی پائے جاتے ہیں اور ان کے علاوہ شرکی اعصاب بھی محجر کے اندر رہتے ہیں۔

عصب باصرہ کے بیرونی جانب عقدۂ ہدبیہ ہوتا ہے۔ اس کے اندر محرک الیاف صغیرہ عصب ثالث سے آتے ہیں اور عصب خامس سے حسی عصبی الیاف طویلہ حاصل ہوتے ہیں۔ "اعصاب ہدبیہ صغیرہ" عقدۂ صغیرہ سے شروع ہو کر اس کی موخر شاخ کے ذریعہ آنکھ کے اندر پہونچتے ہیں

"اعصاب ہدبیہ طویلہ" جو آنکھ کے اندر داخل ہوتے ہیں وہ "عقدہ ہدبیہ" سے حاصل نہیں ہوتے۔ بلکہ بلاواسطہ عصب خامس" سے آتے ہیں۔ (یعنی عصب خامس کی اس شاخ سے آتے ہیں جس کا نام "عصب ہدبی انفی" ہے) اور اسی کے راستے شرکی اعصاب (جو آخر کار نخاعی ہدبی مراکز سے شروع ہوتے ہیں) آنکھ کے اندر جاتے ہیں۔

محجر کے اضلاع اور محجر کے اندر آنکھ کی وضع

محجری اضلاع اور ان کے اندر آنکھ کی وضع کا علم نہایت ضروری ہے۔ کیوں کہ جرحی عملیات میں اس کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ جاننا بھی اشد ضروری ہے کہ آنکھ کا اُبھار طبعی ہے یا غیر طبعی "ماہر حکمین" کے انکشافات سے اس سلسلہ میں ہم کو بہت معلومات حاصل ہوتی ہیں۔ وہ اپنی پیمائش ایک ایسے خط سے شروع کرتے ہیں جو دائیں آنکھ کے سب سے پچھلے نقطہ سے شروع ہو کر بائیں آنکھ کے ایسے ہی مقام تک پہونچتا ہے۔ اس خط سے قرنیہ کے بُعد کا اوسط مردوں میں تقریباً ۱۸ ملی میٹر اور عورتوں میں ۱۶ ملی میٹر سامنے کی طرف ہوتا ہے۔

مختلف افراد میں باہر کی طرف آنکھ کا اُبھار مختلف ہوتا ہے یعنی کم ازکم ۱۰ ملی میٹر اور زائد سے زائد ۲۴ ملی میٹر تک دیکھا گیا ہے۔ موخرالذکر حالت میں پوری آنکھ محجر کے باہر نکلی ہوتی ہے۔

طبعی حالتوں میں متوسط درجہ سے ۲ ملی میٹر آنکھ کا اُبھار کم یا زیادہ ہوتا ہے۔ ۲۱ فی صدی اشخاص میں دونوں آنکھوں کا اُبھار یکساں نہیں ہوتا۔ مگر یہ اختلاف ایک ملی میٹر سے شاذونادر ہی زائد ہوتا ہے۔ اگر ایک ملی میٹر سے یہ اختلاف زیادہ ہو تو ممکن ہے اس کی وجہ یہ ہو کہ چہرہ کی ایک جانب دوسری جانب کے مساوی نہ ہو۔ عموماً اس قسم کے اختلاف کے ساتھ انعطافی خرابیاں بھی پائی جاتی ہیں۔ یہ بھی ممکن ہے کہ موخرالذکر حالت صرف ظاہری حیثیت رکھتی ہو کیونکہ قصیر البصر والی آنکھ لمبی ہوتی ہے اس لئے اس کا اُبھار باہر کی طرف کو زیادہ ہوتا ہے مگر اس امر کا بھی امکان ہے کہ اس حالت کا اختلاط جوف کے لمبے ہو جانے سے ہو۔ پانچ برس کے بچوں کی آنکھ کا اوسط اُبھار دس ملی میٹر ہوتا ہے۔ بیس برس کی عمر تک یہ اُبھار ۱۵ ملی میٹر تک پہونچ جاتا ہے۔ مگر ۲۰ سال کی عمر کے بعد نہایت آہستہ آہستہ بڑھتا ہے۔ ۲۰ سال کی عمر کے بعد اُبھار کا آہستہ آہستہ بڑھنا ان جوانوں میں خاص طور پر پایا جاتا ہے جن میں زیادہ سے زیادہ اُبھار ۲۵ سال کی عمر میں ہوا کرتا ہے۔ اساسی خط کی متوسط لمبائی ۱۰۰ ملی میٹر ہوتی ہے۔ مگر بعض افراد میں اس سے کم و بیش بھی مل سکتی ہے۔ محجری چوٹی اس اساسی خط سے ۲۰ یا ۳۰ ملی میٹر پیچھے ہوتی ہے۔ قرنیہ کے مراکز کا درمیانی فاصلہ مردوں میں ۶۱ سے ۶۲ ملی میٹر عورتوں میں متوسط طریقہ پر ۵۴ سے ۶۰ ملی میٹر ہوتا ہے۔ نشوونما کے زمانہ میں یہ درمیانی فاصلہ بڑھتا رہتا ہے۔ پانچ سال کی عمر میں ۴۲ ملی میٹر اور دس سال کی عمر میں ۵۸ ملی میٹر ۱۵ سال میں ۶۱ اور ۲۰ سال سے ۲۵ سال کی عمر میں سب سے زیادہ ہوتا ہے۔ اس فاصلہ کو آنکھ کے "درمیانی مرکزی فاصلہ" سے تمیز کرنا ضروری ہے۔

عام طور پر بیان کیا جاتا ہے کہ آنکھ کے اُبھار کا انحصار "محجری شحم" پر ہوتا ہے۔ اور لاغری کی حالتوں میں اسی وجہ سے کم ہو جاتا ہے۔

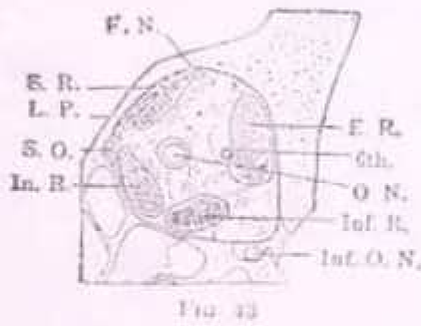


Fig. 43

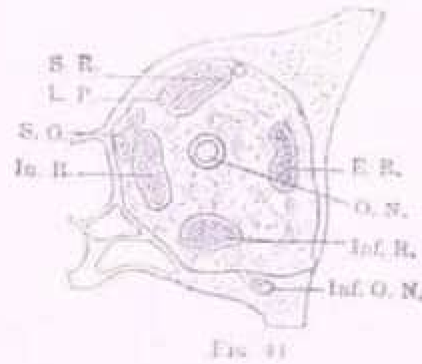


Fig. 44

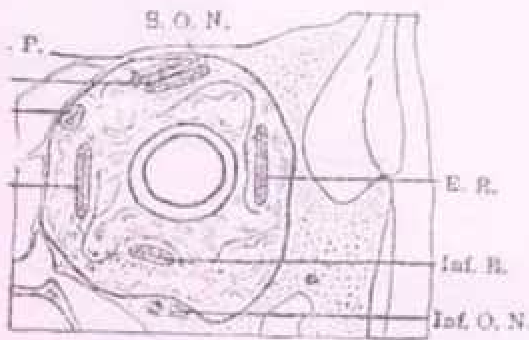


Fig. 45

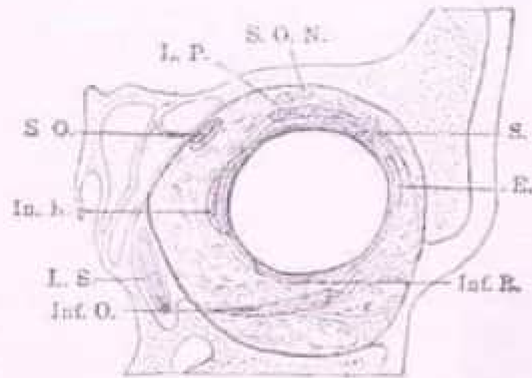


Fig. 46

بائیں محجر کا منجمد جبهی قطع —(F. ۴۳) ۱۲ ملی میٹر مقلہ سے پیچھے کا کٹاو (R. S.) عضلہ مستقیمہ بالائی (L.P.) رافعۃ الجفن (In.R.) عضلہ مستقیمہ زیرین (R. E.) عضلہ مستقیمہ وحشیہ (O. N.) عصب باصرہ (F.N.) عصب جبهی (Inf. O. N.) عصب تحت المحجر (6th) عصب خامس و سادس —

(F. ۴۴) ۵ ملی میٹر مقلہ سے پیچھے کا کٹاو تفصیل مثل سابق —

(F. ۴۵) ۳ ملی میٹر مقلہ سے پیچھے کا کٹاو — تفصیل مثل سابق

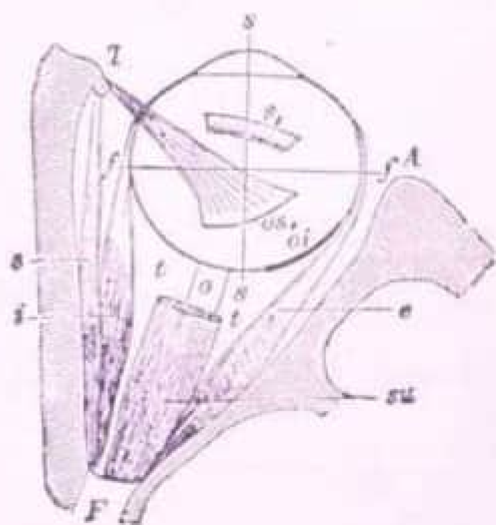
(F. ۴۶) مقلی استواء پر کٹاو — تفصیل مثل سابق —(Inf. O) عضلہ موربہ زیرین — (L.S.) کیسی دمعی —

۲۰ — اصل حجم میں محجر کا افقی قطع — محجر کی چوٹی ثقبہ بصری سے ملتی ہے (f) محجر کی بیرونی دیوار اتنی آگے نہیں آتی جتنی کہ اندرونی، اسی لئے محجر کا مقدم کنارہ (fA) اسی سطح پر ہوتا ہے جس پر کہ مقلہ کا استوائی خط — اندرکی محجری دیوار کے مقدم کنارہ پر (t) کے مقام پر بکرہ دیکھایا گیا ہے — جو در اصل محجر کے اوپر اور اندر والے زاویہ کے اوپر واقع ہے اسی لئے مذکورہ طریق پر محجر کے قطع میں ظاہر نہیں کیا جاسکتا — عضلہ مستقیمہ وحشیہ (e) عضلہ مستقیمہ انسیہ (i) عضلاتی قیف کو دونوں طرف محدود کرتے ہیں — عضلہ مستقیمہ بالائی (su) کا ایک حصہ مذکورہ قطع میں کاٹ کر دکھایا گیا ہے تاکہ عصب باصرہ صاف طور پر دیکھا جاسکے اس کو (o) سے تعبیر کیا گیا ہے — (s_1) بالائی عضلہ مستقیمہ کا ادغام مقلہ میں پر دکھایا گیا ہے جو قرنیہ سطح کے ساتھ تھوڑا رکھا ہوا ہے — ($o - s_1$) بالائی عضلہ موربہ کے پٹھا نما وتر کا ادغام — (os اور oi) عضلہ موربہ زیرین کے ادغامی خطوط، (f.f) آنکھ کا جوہی محور — (s.s) مقلہ عین کا درمیانی محور۔

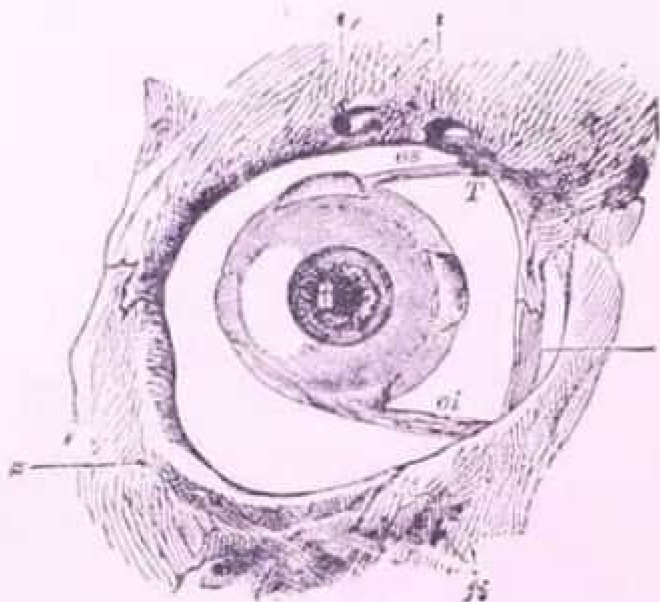
۲۱ و ۲۳ محجری مقدم Orifice مع مقلہ چشم — (طبعی حجم) چاروں عضلات مستقیمہ کے رباط کو مقلی جاء ادغام پر کاٹ کر دیکھایا گیا ہے — زیرین عضلہ موربہ (oi) اور رباط (os) عضلہ موربہ علیا کو چھوڑ دیا گیا ہے — موخر الذکر رباط بکرہ میں سے نکل کر (T) کے مقام پر باہر کو آتے ہیں — بکرہ کے صدفی جانب بالائی محجری حامہ ہوتا ہے — اور اس کے کسی قدر باہر ایک سوراخ (i_1) جو کہ باقاعدہ ظاہر نہیں ہوتا — اس کے اندر بالائی محجری عصب کی ایک شاخ جاتی ہے — مذکورہ تصویر میں زیرین محجری ثقبہ بجائے ایک کے دو سوراخوں میں منقسم نظر آتا ہے (z) قناۃ عارضی وجنی کا ملنہ، (ii) حفیرہ دمعیہ۔

۲۲ عضلات مستقیمہ کے ادغامی مقامات کا نقشہ بذریعہ خطوط دکھایا ہے (طبعی حجم) (R. Sup) عضلہ مستقیمہ بالائی — (Rext) عضلہ مستقیمہ وحشیہ، (Rinf) عضلہ مستقیمہ زیرین، (Rint) عضلہ مستقیمہ انسیہ۔

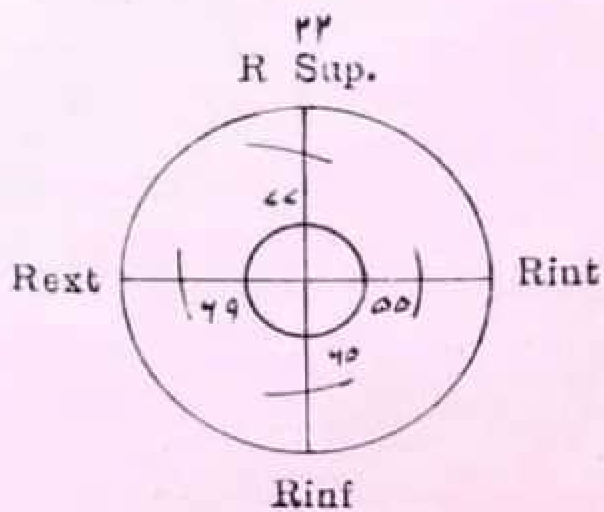
۲۰



۲۱ و ۲۳



۲۲



مگر یہ فرق صرف ظاہری ہے کیوں کہ آنکھ اپنی جگہ پر صرف محجری شحم کی وجہ سے نہیں رہتی بلکہ "عضلات" اور نسیج وصل" کا ڈھانچہ بھی اس کو اپنی جگہ پر قائم رکھتے ہیں۔

"ماہر حکیمین" کا خیال ہو کہ آنکھ کھلنے پر آنکھ ذرا باہر کو آجاتی ہے۔ اس کا یہ ابھار شاید ایک ملی میٹر تک ہوتا ہے اور اجفان کے نمایاں طور پر پیچھے ہٹ جانے سے یہ ابھار نمایاں طور پر زیادہ معلوم ہونے لگتا ہے۔ اسی طرح آنکھ کا پیچھے کی طرف چلا جانا۔ جو اجفان کے بند کرنے پر معلوم ہوتا ہے یہ بھی صرف خیالی ہے۔

عضلاتِ چشم

عضلات چشم کی دو قسمیں ہیں۔ (۱) اندرونی (۲) بیرونی

اندرونی عضلات چشم میں (۱) عضلہ قابض حدقہ (۲) عضلہ ہدبیہ شامل ہیں۔ ان کا بیان اس کے قبل جسم ہدبی وعنبیہ کے ماتحت آچکا ہے۔

بیرونی عضلات چشم - چھ ہیں۔ جن میں چار عضلات مستقیمہ اور دو عضلات موربہ ہیں۔ عضلات مستقیمہ مندرجہ ذیل ہیں۔

(۱) عضلہ مستقیمہ وحشیہ (۲) عضلہ مستقیمہ انسیہ (۳) عضلہ مستقیمہ بالائی (۴) عضلہ مستقیمہ زیریں۔

مذکورہ چاروں عضلات محجر کی چوٹی یعنی "ثقبہ بصریہ" کے کناروں سے شروع ہوتے ہیں۔ یہاں سے یہ عضلات سامنے کی طرف آتے ہیں۔ اور سامنے آتے ہوئے سب آپس میں ایک دوسرے سے دور ہو جاتے ہیں۔ ان کا اتساع اس طرح ہوتا ہو کہ ان کے درمیان "قیف نما" جگہ پیدا ہو جاتی ہے جس کی چوٹی ثقبہ بصری پر ہوتی ہو۔ اس قیف نما جگہ کے اندر مقلہ عین آجاتا ہے گویا کہ مقلہ چشم اس قیف کا قاعدہ ہو۔ عصبہ بصریہ اس کے بیچ میں جا کر ثقبہ بصریہ میں داخل ہوتا ہو۔ عضلات مستقیمہ بیرونی واندرونی صلبیہ کے اندر پہونچ کر قرنیہ کے اندرونی وبیرونی جانب مدغم ہوتے ہیں۔ "بالائی عضلہ مستقیمہ" صلبیہ کے بالائی حصہ میں اور عضلہ وحشیہ صلبیہ" کے زیریں حصہ میں مدغم ہوتا ہے۔ ان عضلات کا ادغام صلبیہ کے اندر اوتار کے ذریعہ ہوتا ہے۔ آخر میں یہ اوتار صلبیہ کے متجانس ہو جاتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ صلبیہ اپنے مقدم حصہ میں ان اوتار کے مدغم ہونے کی جگہ پر دبیز ہو جاتا ہے۔

موربی عضلات دو ہوتے ہیں (۱) بالائی عضلہ موربہ (۲) زیریں عضلہ موربہ - مقدم الذکر عضلہ کا راستہ عضلات مستقیمہ کے راستے سے زیادہ پیچیدہ ہوتا ہے۔ بالائی "موربی عضلہ" "ثقبہ بصریہ" کے کنارے سے شروع ہوتا ہو۔ اور محجر کی بالائی واندرونی دیوار کے ساتھ ساتھ آگے کو بڑھتا ہے (تصویر نمبر ۲۰ ملاحظہ ہو) یہاں تک کہ بکری (Trochlea) تک پہونچ جاتا ہو مگر یہاں تک پہونچنے سے پہلے ہی

یہ عضلہ اوتار میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ بکری حصہ خود محجر کے اندرونی و بیرونی کناروں کے ذرا پیچھے واقع ہوتا ہے۔ یہ دراصل مضبوط قسم کا ایک لیفی حلقہ ہے جس کے اندر سے "عضلہ موربہ علیا" کا وتر گذرتا ہے اور یہ وتر عضلہ کے انبساط و انقباض کی وجہ سے آگے پیچھے ہوتا رہتا ہے۔

وتر اس حلقہ کے اندر سے گذر کر زاویہ حادہ بناتا ہوا گھوم جاتا ہے اور عضلہ مستقیمہ علیا کے نیچے سے گذر کر مقلہ چشم میں مدغم ہوتا ہے اس جگہ پر یہ وتر پنکھے کی صورت میں پھیلتا ہے۔ اور مقلہ چشم کے بالائی نصف حصہ میں خط استوا کے پیچھے عمودی قطر میں مدغم ہوتا ہے۔

زیرین عضلہ موربہ۔ یہ عضلہ محجری زیرین کنارے سے اس مقام پر شروع ہوتا ہے جو اس کی اندرونی جگہ کے نزدیک ہوتا ہے۔ اور یہاں سے اوپر و سامنے کی طرف عضلہ مستقیمہ علیا کے نیچے سے گذر کر مقلہ چشم کے باہر کی طرف آتا ہے اور صلبیہ میں مدغم ہوتا ہے۔ اس کا ادغام صلبیہ کے افقی قطر میں مقلہ چشم کے استوائی خط کے پیچھے ہوتا ہے۔

عضلات چشم کے اوتار آنکھ تک پہونچنے سے پہلے غلاف ٹینان میں سے گذرتے ہیں۔ یہ غلاف ٹینان مقلہ چشم کو گھیرے رہتا ہے اور جہاں پر کسی عضلہ کا وتر اس کے اندر سوراخ کرتا ہے۔ صرف اسی جگہ پر اسی غلاف کے اندر سوراخ نہیں ہوتا بلکہ یہ غلاف وتر کے اوپر اور پیچھے کو چلا جاتا ہے یعنی وتر کے گرد غلاف بناتا ہے۔ اور پیچھے کی جانب عضلہ کو ڈھانکنے والے غلاف صفاقی کے ساتھ تسلسل رکھتا ہے یعنی ان جانبی غلافوں کے ذریعہ عضلات کے وتر غلاف ٹینان سے ملحق ہوتے ہیں۔ اس کا جاننا "حول" کے جرحی اعمال کے لئے بیحد ضروری ہے

چاروں عضلات مستقیمہ کے ادغامی خطوط قرنیہ کے کنارے سے یکساں دور نہیں ہوتے بلکہ کم و بیش ہوتے ہیں۔ علی ہذا القیاس قرنیہ کے ساتھ ہم مرکز بھی نہیں ہوتے۔ و نیز عمودی و افقی محور کے ساتھ بھی یہ باقاعدہ تنظیم نہیں رکھتے۔ ان کی وضع کو ہم تصویر کے ذریعہ دکھانے کی کوشش کرتے ہیں (تصویر نمبر ۲۲و۲۱ ملاحظہ ہو) اس تصویر میں ان عضلات کے ادغامی خطوط کا فاصلہ قرنیہ سے ملی میٹر کے دسویں حصہ کے اعتبار سے دکھایا گیا ہے۔ "ماہر فکس" نے بہت سے مریضوں میں ان کی پیمائش کرنے کے بعد یہ اوسط مقرر کیا ہے۔ عضلات کے اوتار کی لمبائی مختلف ہو سکتی ہے۔ لہذا اس کے طول کا بھی اوسط بیان کیا جاتا ہے۔ عضلہ مستقیمہ انسیہ ۷ء۳ ملی میٹر۔ وحشیہ ۸ء۵ ملی میٹر علیا ۸ء۵ ملی میٹر اور سفلی ۵ء۵ ملی میٹر لمبا ہوتا ہے۔

عضلات صفاق سے پوشیدہ رہتے ہیں۔ یہ صفاق سامنے کی جانب غلاف ٹینان سے تسلسل رکھتی ہے۔ چنانچہ غلاف ٹینان یہاں پر ان عضلات کے اوتار پر چڑھ جاتا ہے۔ عضلات کے جانبی اطراف صفاق کے ذریعہ ایک دوسرے سے ملحق ہوتے ہیں۔ یہاں سے یہ صفاق محجر کی دیوار تک جاتی ہے۔ اور تمام محجر میں چاروں طرف پھیلتی ہے۔ اسی کی وجہ سے محجر کے انسجہ اپنی جگہ پر قائم رہتے ہیں۔ اور آنکھ حرکات کے وقت باہر کو نہیں نکلتی نیز اسی کی وجہ سے آنکھ کی حرکات ایک قائم مرکز کے گرد ہوتی ہیں۔ صفاقی پردے جو عضلات سے محجر تک جاتے ہیں وہ ایک حیثیت سے رباطات کا کام

کا کام انجام دیتے ہیں۔ اور اندرونی عضلہ (انسیہ) و بیرونی دوحشیہ عضلات مستقیمہ پر زیادہ نمایاں ہوتے ہیں۔ عضلہ مورّبہ علیا کے دو وتر ماسکہ ہوتے ہیں۔ ان میں سے ایک اپنے وتر کے ساتھ بلا واسطہ مدغم ہوتا ہے۔ اور دوسرا وتر سے کچھ دور آگے تک جاتا ہے۔ عضلہ مورّبہ سفلی کے کوئی ایسے رباط نہیں ہوتے (پلی ہکری پر (Trochlea) سے مڑتے ہوئے اس میں ایک وتری حصہ لگتا ہے۔ عضلہ رافعۃ الجفن علیا جس کا فعل عضلہ مستقیمہ علیا کو مدد دیتا ہے۔ اس کو صفاق ایک دوسرے سے ملحق کرتی ہے۔ اسی طرح "عضلہ مستقیمہ سفلیہ" اور "عضلہ مورّبہ سفلیہ" بھی باہم ایک دوسرے سے صفاق کے ذریعہ ملحق ہوتے ہیں۔ علاوہ ازیں "عضلہ رافعۃ الجفن" سے بالائی جفن کی جلد تک صفاق جاکر دونوں کو آپس میں ملاتی ہے و نیز ملتحمہ کے طاقی حصہ سے بھی ملحق کرتی ہے۔ گویا کہ یہ ساختیں آنکھ کی حرکات اور بالائی جفن کی حرکات کے ساتھ اس وقت حرکت کرتی ہیں جب کہ ان کو اوپر اٹھایا جائے۔

اگر مقلۂ چشم کو نیچے کی طرف دبایا جائے تو اس صفاق کی وجہ سے جو "عضلہ مستقیمہ سفلیہ" اور زیرین جفن کے درمیان نیز "زیرین طاق ملتحمہ" میں ہوتی ہے یہی حالت یہاں بھی پیدا ہوتی ہے۔ (تصویر ۲۳ ملاحظہ فرمایئے) چاروں عضلات مستقیمہ کے صلبیہ کے اندر ادغامی مقام کو ایک مسطح جگہ پر دکھایا گیا ہے۔ اس شکل کا حجم طبعی آنکھ کے برابر ہے۔

آنکھ کی جنینی نشوونما

فطری آنکھ (Primordial eye) جنینی حویصلۂ چشم (Ocular vesicle) ابتدائی عدسہ (Rudimentary Lens)

طبقۂ خارجیہ (Ectoderm) طبقۂ اندرونی (Endo derm) طبقۂ وسطی (Mesoderm)

آنکھ کی تکوین ابتدائی جنینی انسجہ کے طبقۂ خارجیہ سے کسی حد تک اور طبقۂ وسطیٰ سے جزئی طور پر ہوتی ہے۔ طبقۂ خارجیہ کے دو مختلف حصے ہوتے ہیں۔ جن میں سے ایک "غشاء مخی" سے اور دوسرا جسم کے سطحی طبقۂ خارجیہ سے حاصل ہوتا ہے۔ جنینی زندگی کے دوسرے ہفتہ کے آخر میں "صفیحۂ مخی" کے سب سے مقدم حصہ میں اس کے درمیانی خط کے نزدیک ایک مستطیل شق پایا جاتا ہے۔ صفیحۂ مخی اپنے مقدم حصے میں چاروں طرف سے اٹھ کر اوپر کو مجتمع ہوتا ہے۔ اور آیندہ اسی سے دماغ بنتا ہے۔ اسی صفیحۂ مخی کے جانبی حصہ میں یہ شق مستطیل (ابتدائی آنکھ ہے)، گہرا اور بڑا ایک گول حویصلہ بناتا ہے جس کو ہم "حویصلۂ چشم" کہتے ہیں۔ پہلے یہ "حویصلۂ چشم" مخی انبوبہ کے ساتھ ایک آزاد راستہ کے ذریعہ ملحق ہوتا ہے اس کی چوٹی باہر کے طبقۂ خارجیہ تک چلی جاتی ہے۔ اور اس سے یہ صرف "جنینی طبقۂ خارجیہ" سے حاصل شدہ نسیج داخل کے ذریعہ جدا رہتی ہے۔

(ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۲۴

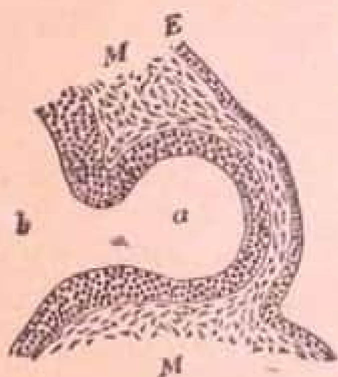
حویصلۂ چشم کی چوٹی کسی حد تک نیچے کی طرف جھکی رہتی ہے اس کے اوپر طبقۂ خارجیہ کے اندر دبازت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہی دبازت حقیقتاً "ابتدائی عدسہ" ہے۔ اسی وجہ سے اس کو "صفیحۂ عدسی" کہتے ہیں۔ تیسرے ہفتہ میں یہ "ابتدائی عدسہ" زیادہ اندر کی طرف دھنس جاتا ہے اور شق عدسی پیدا کرتا ہے۔ اس کے بعد "عدسی کیس" بنتی ہے۔ اور بالآخر ایسی صورت اختیار کر لیتی ہے کہ "طبقۂ خارجیہ" سے بالکل جدا ہو کر "حویصلہ عدسی" کے نام سے موسوم کی جاتی ہے۔ اسی دوران میں "حویصلۂ چشم" عدسہ کے سامنے حجم میں بڑھتا رہتا ہے۔ اس کے علاوہ عدسہ کے پیچھے اور خود اس کی پشت پر بھی اس کے حجم میں زیادتی ہوتی رہتی ہے۔ اس کی چوٹی جو پہلے محدب ہوتی ہے اب حویصلہ کے ساتھ متصل رہنے کی وجہ سے اس طرح مقعر ہو جاتی ہے کہ حویصلۂ چشم کے اندر کا جوف کم ہو کر صرف ایک باریک اور لمبا انشقاق باقی رہ جاتا ہے اور مذکورہ طریقہ پر گول "حویصلۂ چشم" "کاسۂ عینی" میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ تصویر نمبر ۲۵ و ۲۶

جنینی انشقاق عینی (Foetal ocular cleft) چوں کہ حویصلۂ چشم کی نشو و نما زیریں حصہ سے نہیں ہوتی یا یوں کہا جائے کہ اس کے اس حصہ میں نقص رہتا ہے۔ اس لئے کاسۂ عینی میں اس جانب ایک انشقاق پایا جاتا ہے۔ ایسی حالت میں "کاسۂ عینی" "حویصلۂ دماغی" سے کسی قدر فاصلہ پر ہوتا ہے۔ اور حویصلۂ دماغی کے ساتھ صرف ایک لمبی ساق کے ذریعہ ملحق ہوتا ہے۔ اس ساق والے جسم سے دور یہ "عینی انشقاق" ایک گہری نالی کی صورت میں آگے کو بڑھتا ہے۔ اور جس قدر اس سے دور ہوتا جاتا ہے اسی قدر کم گہرا ہوتا جاتا ہے۔

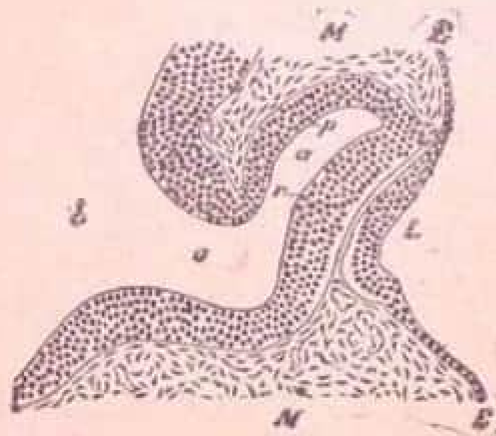
مذکورہ بیان سے ظاہر ہوگا کہ "کاسۂ عینی" حویصلہ بصری کی چوٹی کے عمدی پردہ سے بنتا ہے۔ اسی لئے اس کی دیواروں میں بھی دو پرت ہوتے ہیں۔ ایک پرت باریک اور باہر کی طرف دوسرا دبیز اور اندر کی طرف ہوتا ہے۔ "کاسۂ عینی" کے کناروں "انشقاق بصری" کے مقام پر دونوں پرت ایک دوسرے کے نزدیک آجاتے ہیں! اور "کاسۂ عینی" کا جوف "حویصلہ عدسی" سے بھر جاتا ہے۔ تصویر نمبر ۲۷ و ۲۸۔

جس انغمادی عمل سے کاسۂ عینی ظہور میں آتا ہے۔ اس کی وجہ سے حویصلہ بصری کا ابتدائی جوف۔ جوف مجازی میں تبدیل ہو جاتا ہے کیونکہ اندرونی اور بیرونی دونوں پرت مسلسل طریقہ پر ایک دوسرے کے ساتھ ملحق نہ ہونے کے باوجود لگے رہتے ہیں۔ یہ حالت تمام عمر اسی طرح قائم رہتی ہے۔ اسی وجہ سے جو مرضی نتائج پیدا ہوتے ہیں وہ خاص اہمیت رکھتے ہیں طبقہ صلبیہ سے "مشیمیہ" کے علیحدہ ہونے میں جو دقت ہوتی ہے جیسا کہ آپریشن کے بعد دیکھا جاتا ہے۔ اس کے اعتبار سے "شبکیہ" ۔ "بشرہ ملونہ" سے بہت زیادہ آسانی کے ساتھ علیحدہ ہو جاتا ہے۔ اسی وجہ سے عمل جراحی کے بعد اپنے طبعی مقام سے شبکیہ کے اکھڑ جانے کا خطرہ رہتا ہے۔ اسی طرح "جوف مجازی" کے ازسرنو "جوف حقیقی" میں تبدیل ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ علیٰ ہذا القیاس عنبیہ کا موخر بشری پرت جو دراصل "حویصلۂ بصری" کا اندرونی پرت ہے۔ مقدم پرت سے بآسانی الگ ہو جاتا ہے۔ اگر عنبیہ کے موخر التصاقات کو توڑا جائے تو یہ حالت پیدا ہو سکتی ہے یعنی عنبی موخر پرت عدسہ

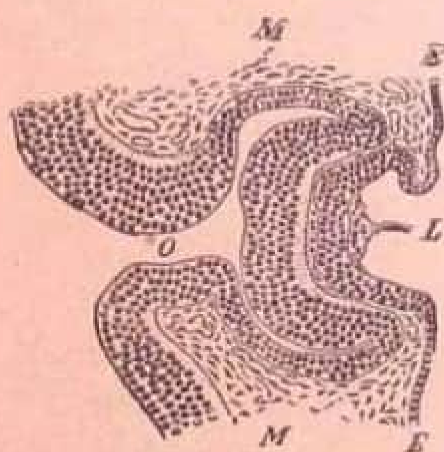
٢٤



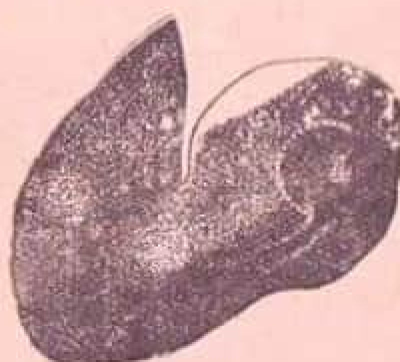
٢٥



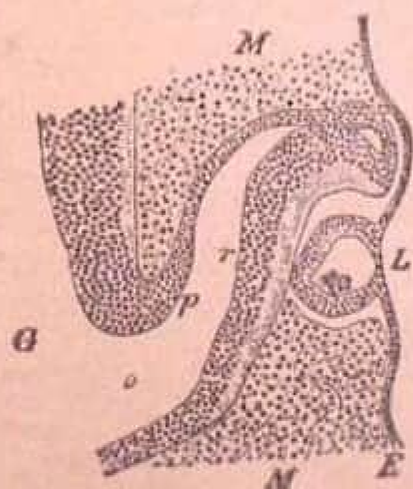
٢٦



٢٧



٢٨



تصویر ۲۴ صفحہ ۵۵ — ۲۱ دن کے جلین کی آنکھ — (۱۰۰ گنا بڑی دکھائی گئی ہے) (a) ابتدائی حویصلۂ چشم - یہ مخفی انبوبہ کا بڑھاؤ ہے (b) ایک خفیف تنگ حصہ کے ذریعہ یہ الگ ہوتا ہے - اس کے چاروں طرف وسطی پرت کے خلیات ہوتے ہیں — اور اس کے اوپر سے بیرونی پرت گذرتا ہے ۔

تصویر ۲۵ صفحہ ۵۶ — ۲۲ سے ۲۳ دن کے انسانی جلین کی آنکھ کا قطع — (۱۰۰ گنا بڑا) عمودی کٹاؤ ابتدائی درز کے مقام پر ہے جو کہ بیرونی طبقہ کے عدسی درز (L) پر اندر کی طرف ذرا گہرا ہوجاتا ہے — اس سے عدسی مقام کا پتہ چلتا ہے — اس کے علاوہ یہ مقام دبیز ہوجاتا ہے — کیونکہ بہت سے خلیاتی پرتوں پر مشتمل ہوتا ہے اسی کے مطابق حویصلہ عینی (a) میں جوف کے اندر دندانہ ایسا معلوم ہوتا ہے — بالآخر یہ حصہ کاسہ بصری میں منتقل ہوجاتا ہے - اس کی اندرونی دیوار (r) شبکیہ بناتی ہے - بیرونی دیوار (P) بشرہ ملونہ سے بنتی ہے — کاسہ بصری کا اندرونی دور مخفی انبوبہ کے ساتھ (b) کے ذریعہ تعلق رکھتا ہے — ابتدائی عصب باصرہ (o) جنینی طبقہ وسطی (M) جس میں ابتدائی عدسہ کے زیریں کنارے پر ایک شعری عرق مستعرض کٹاؤ میں دکھائی دیتی ہے ۔

تصویر ۲۶ صفحہ ۵۶ — ۲۴ سے ۲۵ دن کے انسانی جلین کی آنکھ کا قطع — (۱۰۰ گنا بڑا) مذکورہ سابقہ قطع کی طرح جلینی درز بصری سے نہیں گذرتا ۔ لہذا ثانوی حویصلہ ایک مکمل کاسہ بصری کی صورت میں دکھائی دیتا ہے — کیونکہ بیرونی پرت (E) جو عدسہ کو ظاہر کرتا ہے (L) اندرونی جانب چڑھ جاتا ہے — بہ نسبت پہلی شکل کے - عدسہ کے گڑھے کی تہ میں خلیات باقی ہیں - اور عدسہ نیز اس کی اندرونی دیوار کے درمیان چند خلیات دکھائی دیتے ہیں — جو کہ درمیانی پرت سے حاصل ہوئے ہیں - (M) اس قطع میں وسطی طبقہ کے اندر چند شعری عروق دکھائی دیتے ہیں (o) ابتدائی عصب باصرہ ۔

تصویر ۲۷ صفحہ ۵۶ — کاسہ بصری مع درز بصری — (سامنے اور نیچے سے اس کا منظر) مذکورہ خاکہ عکس تنڈر کے ، کے ماڈل سے لیا گیا ہے ، جو کہ ابتدائی دماغ کو مع اس کے زوائد کے ظاہر کرتا ہے — اس میں وسطی و اندرونی طبقات نہیں دکھائے گئے ، آنکہ ایک جوف دار ڈنڈی کے ذریعہ پہلے مخفی حویصلہ کی جانبی دیوار سے نکلتی ہے ، (G) اور دور والے کنارے پر ایک دندانہ معلوم ہوتا ہے — جس کے اندر جلینی عدسہ (L) ہوتا ہے ، عدسہ کی موخر حد کو ترچھی نقطہ دار لکیر سے ظاہر کیا گیا ہے ، دندانہ کی زیریں حد سے جلینی بصری درز شروع ہوتی ہے یہ پہلے پہل بہت تنگ ہوتی ہے ، مگر بعد میں کسی قدر فراخ ہوجاتی ہے ، اور ڈنڈی کے آخری حصہ کے کسی قدر آگے کو بڑھتی ہے ۔

تصویر ۲۸ صفحہ ۵۶ - انسانی جنین کی بائیں آنکھ کا کاسہ بصری مع درز بصری -(۲۷ دن کی عمر میں) عمودی قطع ۸۸ گنا بڑا دکھایا گیا ہے — اولی بصری حویصلہ کی دیواریں — (G) دونوں ایک دوسرے سے ملکر بصری ڈنڈی (O) بناتی ہیں — اس دوہری دیوار کا بیرونی پرت (P) جو بالآخر بشرہ ملونہ میں منتقل ہوتا ہے - اور خلیات کے ایک پرت پر مشتمل ہے — یہہ اب تک تلوین سے بھرا ہوا ہے - اور متعدد پرتوں پر مشتمل ہے - کاسہ بصری کے مقدم کنارے پر مڑکر یہہ اندرونی دہیر پرت (I) کی شکل اختیار کرتا ہے — اور یہہ حصہ جس سے شبکیہ کی ساخت کی نمو ہوتی ہے غیر نواتی پرت کے طور پر دکھائی دیتا ہے جس کو ہم کنارے کا غلاف بنانے والی یا شبکیہ کو سہارا دینے والی ساخت کہتے ہیں — کاسہ بصری کا مقدم کنارہ جو بیرونی طبقہ سے ڈھکا ہوتا ہے اس کو (E . E) سے ظاہر کیا گیا ہے — ابتدائی عدسہ (L) بلند ہوکر ایک حویصلہ کی صورت اختیار کرتا ہے — مگر بیرونی طبقہ سے کامل الگ نہیں ہوتا — اوپر کی طرف (M) طبقہ وسطی، خلاء کو بھرتا ہے — مگر نیچے جہاں تک درز جاتی ہے — اندر پہونچتا ہے — اور کاسہ بصری کے اندر پہونچکر حویصلہ عدسی سے مدغم ہوتا ہے •

اور مقدم پرت عنبیہ میں باقی رہ جاتا ہے۔ شیخوخی تبدیلیوں میں بھی دیکھا گیا ہے کہ کبھی مقدم پرت موخر پرت سے علیحدہ ہو جاتا ہے۔ آنکھ کی بدوضعیوں کے سمجھنے کے لئے اس امر کے سمجھنے کی اشد ضرورت ہے کہ آنکھ کے تکوینی "جنینی انشقاق بصری" کے بند ہونے میں اس انشقاق کی جانبی دیواریں ایک دوسرے کی طرف بڑھتی ہیں اور بالآخر ایک دوسرے میں مدغم ہو جاتی ہیں۔ یہ ادغام "انشقاق بصری" کے درمیانی حصہ سے شروع ہوتا ہے اور جنینی زندگی کے پانچویں ہفتہ میں یہاں سے سامنے اور پیچھے بڑھ کر مکمل ہو جاتا ہے۔ سامنے یہ ادغام بالکل مکمل ہو جاتا ہے۔ یعنی اس کاسۂ بصری کا مقدم سوراخ "ابتدائی حدقہ" بن جاتا ہے۔ انشقاق بصری کے موخر سرے پر ایک چھوٹا سا "کاسہ" باقی رہ جاتا ہے۔

جب "انشقاق بصری" بند ہو جاتا ہے۔ تو اس غشا کا ابتدائی حصہ جو آنکھ کو ڈھانکتا ہے علیحدہ ہو کر "کاسۂ بصری" میں داخل ہو جاتا ہے "کاسۂ بصری" کے کنارے اور "انشقاق بصری" کے موخر سرے پر جو خلیاتی بنڈل طبقۂ وسطی سے حاصل ہوتا ہے۔ وہ طبقۂ وسطی کے اس حصہ سے اپنا تعلق قائم رکھتا ہے۔ جو ابتدائی آنکھ کو ڈھانکتا ہے۔ گویا کہ وہ ابتدائی مقام ہے جہاں سے آنکھ کے اندرونی "عروقی نظام" کی تکوین شروع ہوتی ہے۔ اس وقت طبقۂ وسطی "حویصلہ عدسی" اور "طبقۂ خارجیہ" کے درمیان بڑھتا جاتا ہے۔ یہی حصہ ابتدائی قرنیہ ہوتا ہے۔

عصب باصرہ۔ طبقۂ شبکیہ اور طبقۂ زجاجیہ کی تکوین۔ جنینی زندگی کے چھٹے ہفتہ کے بعد آنکھ کے مختلف حصص کی نشوونما مندرجۂ ذیل طریقہ پر ہوتی ہے۔

حویصلہ بصری۔ عصب بصری میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ یہ لمبائی میں بہت بڑھ جاتا ہے اور اس کا مرکزی جوف غائب ہو جاتا ہے اس کے خلیات سے نسیج واصل کا ڈھانچہ تیار ہو جاتا ہے۔ اور عصبی الیاف طبقۂ شبکیہ سے حاصل ہوتے ہیں۔ یہ غلاف اور صفاق دونوں حویصلہ بصری کے چاروں طرف کے طبقۂ وسطی سے حاصل ہوتے ہیں۔

کاسۂ بصری کا بیرونی پرت بہت جلد ملوّن ہو جاتا ہے۔ اور بالآخر ایک پرت کی صورت اختیار کر کے بشرہ ملونہ میں تبدیل ہو جاتا ہے اندرونی پرت شبکیہ بن جاتا ہے۔ سب سے پہلے اس سے ایک سہارا دینے والا ڈھانچہ بنتا ہے۔ اور اس کے بعد عقدی خلیاتی پرت تیار ہوتا ہے۔ شروع شروع میں شبکیہ اپنے موخر قطب میں دبیز ہو جاتا ہے۔ اور چھٹے مہینہ کے آخر میں اس رقبہ کے درمیانی حصہ میں نسیجیں کم ہو کر حفیرۂ مرکزی بن جاتا ہے۔

ابتدا میں زجاجیہ کی تکوین میں "شبکیہ" اور "عدسہ" دونوں حصہ لیتے ہیں۔ مگر آخر میں صرف "شبکیہ" کو دخل ہوتا ہے۔ اور سب سے آخر میں "شبکیہ" کا صرف اندرونی پرت دخل رکھتا ہے جس کے ساتھ تمام زندگی میں زجاجیہ چسپاں رہتا ہے۔

جنینی آنکھ کے عروق۔ آنکھ کے ابتدائی "عروقی نظام" کو تیسرے مہینہ میں ہم تمیز کر سکتے ہیں۔ اس وقت ایک لمبی زجاجی شریان رونما ہوتی ہے جو زجاجیہ کے درمیان پائی جاتی ہے۔ یہ شریان "بصری ساق" کے اندر بصری انشقاق کے موخر سرے سے شروع ہوتی ہے۔ اسی مقام پر

بعد میں "عصب بصری" کے اندر سے "مرکزی عروق" آنکھ کے اندر آتے ہیں۔ مذکورہ "زجاجی شریان" یہاں سے "عدسہ" تک پہونچتی ہے اور اس سے جانبی شاخیں نکلتی ہیں۔ جو ابتدائی زجاجیہ کے اندر داخل ہوتی ہیں۔ اور بالآخر "شعری عروقی جال" میں منقسم ہو کر عدسہ کو گھیر لیتی ہیں یہ شرائین مع عدسہ کے کاسۂ بصری میں پائی جاتی ہیں۔

اس عروقی نظام کے صرف موخر حصہ میں جو ساق بصری کے اندر بند ہوتا ہے۔ شبکیہ کی مرکزی وریدملتی ہے۔ اس کے مقدم حصہ میں کوئی ورید نہیں ہوتی۔ عدسہ کا عروقی غلاف' کاسۂ بصری کے کنارے پر بلا واسطہ 'حولی طبقۂ وسطی' میں کھلتا ہے۔ زجاجی شریان سے شاخیں نکل نکل کر طبقۂ شبکیہ تک جاتی ہیں۔ اور جس مقام پر شریان زجاجیہ کے اندر جاتی ہے نسیج واصل کے غلاف میں بند ہوتی ہے۔ اسی وجہ سے اس مقام پر زجاجیہ میں ایک ابھار کی صورت پائی جاتی ہے۔ جب اس کا مکمل نمو ہو جاتا ہے تو اس کا طول ۲ ملی میٹر ہوتا ہے۔

جنینی زندگی کے پانچویں مہینہ میں یہ عروقی نظام غائب ہونا شروع ہو جاتا ہے۔ سب سے پہلے زجاجی عروق غائب ہوتے ہیں۔ پھر نویں مہینہ میں "شریان زجاجی" اور عدسی غلافی عروق بھی غائب ہو جاتے ہیں۔ مگر اس کا صرف وہ حصہ باقی رہ جاتا ہے جو عصب بصری میں جاتا ہے۔ اور جس سے "شبکیہ" کا عروقی نظام بنتا ہے۔ اس وقت اس کو مرکزی شریان شبکیہ کہتے ہیں۔

عدسہ مشیمیہ اور صلبیہ حویصلہ عدسی کی موخر سطح کے خلیات کے تکاثر کی وجہ سے حویصلہ بھر جاتا ہے۔ اور اس کا نمو اس طرح ہوتا ہے کہ افقی طور پر الیافی ساخت بنتی ہے۔ عدسہ کا مقدم نصف حویصلہ اپنی اصل صورت میں باقی رہتا ہے۔ اور نصف موخر حصہ عدسی بشرہ میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ عدسہ جو اس وقت گول یا کروی ہوتا ہے۔ شروع شروع میں اس طرح بڑھتا ہے کہ اس کے صرف افقی الیاف پیدا ہوتے ہیں۔ ان تمامی الیاف میں "نوات" ہوتے ہیں۔ ان سے جو قوس بنتی ہے وہ عدسہ کی پوری لمبائی میں واقع ہوتی ہے۔ عرصہ کے بعد نئے الیاف پیدا ہو کر سطح کے متوازی وضع اختیار کر لیتے ہیں اور یہی عدسہ کی پرت دار ساخت کے ذمہ دار ہوتے ہیں۔ جب یہ عمل انجام پاتا ہے تو عدسہ کے مرکزی الیاف کے "نوات" غائب ہو جاتے ہیں۔ اور "نواتی قوس" بھی دونوں طرف استوائی خط پر غائب ہو جاتی ہے۔ بعد ازاں عدسہ میں الیاف کی پیدائش اسی طرح ہوتی ہے جیسا کہ پیدائش کے بعد ہوا کرتی ہے۔ طبقۂ وسطی جو حویصلہ بصری کے گرد ہوتا ہے۔ بہت جلد دو پرتوں میں منقسم ہو جاتا ہے ان میں سے ایک عروقی پرت ہوتا ہے جو "کاسۂ بصری" کے ساتھ لگا رہتا ہے۔ اور دوسرا بیرونی اور سخت پرت ہوتا ہے جس میں عروق بہت کم ہوتے ہیں۔ ان میں سے مقدم الذکر ابتدائی مشیمیہ ہوتا ہے۔ اور موخر الذکر ابتدائی صلبیہ۔

قرنیہ عنبیہ اور خزانۂ مقدم ابتدائی قرنیہ دو پرتوں میں منقسم ہوتا ہے ایک مقدم غیر عروقی پرت اور دوسرا موخر پرت جس میں عروق اور خلیات بہت ہوتے ہیں ان میں سے پہلے پرت سے قرنیہ بنتا ہے اور دوسرے سے عنبیہ۔ دوسرا کاسۂ بصری کے کنارے پر عدسی غلاف عروقی کے ساتھ ملحق ہوتا ہے۔ اور سامنے

کی طرف اس کو بڑھنے میں مدد دیتا ہے جنینی زندگی کے تیسرے مہینہ میں کاسۂ بصری کا کنارہ اپنے حولی طبقہ وسطی کے ساتھ باہر کی طرف کو بڑھنا شروع ہو جاتا ہے۔ کاسۂ بصری کا کنارہ شبکیہ میں منتقل ہو جاتا ہے۔ اسی لئے اس کے دو پرت ہوتے ہیں۔ ان میں سے بیرونی پرت تمامہ رنگ دار ہوتا ہے۔ اور جس مقام پر اس کے اندر اندرونی پرت لوٹتا ہے۔ وہاں پر یہ رنگ اس کے اندر بھی پیدا ہو جاتا ہے اور جنینی زندگی میں اس مقام پر اندرونی پرت میں حلقہ نما خلیاتی اجتماع ظاہر ہوتا ہے۔ جو بالآخر طبقہ وسطی کی نسیجوں تک بڑھ کر عضلہ قابض حدقہ بن جاتا ہے۔ مذکورہ طریقہ پر عنبیہ کا نمو شروع ہوتا ہے۔ اور شبکیہ کے مذکورہ حصہ کی جنت جسم ہدبی کی ابتدا ہے (تصویر نمبر ۵۔۴)

جیسے جیسے عضلہ قابض حدقہ نمو پاتا ہے ویسے ویسے حدقہ عینی کا پرت دو حصوں میں منقسم ہو جاتا ہے۔ ان دونوں پرتوں میں سے ایک موٹا محیطی حصہ ہوتا ہے۔ جو ابتدائی عنبیہ اور دوسرا پرت اصلی حدقی غشاء کہلاتا ہے۔

ماہرسی رینسی اون (Cirincione) کا خیال ہے کہ خزانہ مقدم کا نمو پہلے اس خط سے شروع ہوتا ہے۔ جو ابتدائی عنبیہ کا مقام ہوتا ہے۔ اس وقت خزانہ مقدم ایک حلقہ نما انشقاق کی صورت اختیار کرتا ہے۔ اور اس کی یہ حالت آٹھویں مہینہ تک رہتی ہے ابتدائی عنبیہ اور خصوصاً اس کا وہ حصہ جس کے اندر عضلہ قابض حدقہ ہوتا ہے مسلسل فراخ ہوتا جاتا ہے اور اسی کے ساتھ شبکیہ کا پرت دو حصوں میں منقسم ہو جاتا ہے جس کا ایک حصہ ہدبی اور دوسرا عنبی شبکی کہلاتا ہے۔ موخر الذکر کے باہر والے پرت میں چھٹے مہینہ میں "عضلہ باسط حدقہ" پیدا ہو جاتا ہے۔ "آٹھویں مہینہ" غشاء حقیقی" قرنیہ سے کلیتہً علٰحدہ ہو جاتی ہے اس کے بعد اس میں ضمور لاحق ہوتا ہے اور یہ ضموری حالت پہلے مرکز سے شروع ہوتی ہے پھر محیط تک چلی جاتی ہے۔ اس خرابی کی وجہ سے صرف "عنبیہ کا صغیر دائرہ" باقی رہ جاتا ہے۔

موروثی تعلقات کا مختصر بیان ۔ مذکورۂ بالا بیان سے ظاہر ہوتا ہے کہ آنکھ کے اندرونی و بیرونی طبقات (قرنیہ صلبیہ اور مشیمیہ) سب کے سب جنینی طبقہ وسطی سے حاصل ہوتے ہیں۔ اور عدسہ طبقہ خارجیہ اور شبکیہ کے پرتوں سے جن میں بشرہ ملونہ بھی شامل ہو جاتا ہے شبکیہ کے مقدم حصص اور عضلہ قابض حدقہ" نیز عضلہ باسط حدقہ" طبقہ خارجیہ کے اندرونی حصہ سے بنتے ہیں یعنی مخی صفیحہ سے یا ابتدائی دماغ سے۔ زجاجیہ بھی طبقہ خارجیہ ہی سے بنتا ہے۔ چنانچہ جزئی طور پر عدسہ سے اور اس کا کچھ حصہ شبکیہ سے بنتا ہے۔

اس بات کا خیال رہے کہ آنکھ کے مختلف حصص کی ساخت کے تعلقات کا تجزیہ زیادہ تر ان کے اعمال سے کیا جاتا ہے اور ان کی جنینی حالتوں کو خصوصیت کے ساتھ اہمیت دی جاتی ہے۔ مثلاً قرنیہ و صلبیہ جن کا مبدا موروثی طور پر ایک ہی ہوتا ہے۔ یہ دونوں حصص متجانس طبقہ وسطی سے تکوین پاتے ہیں۔ یہ ایک دوسرے سے صرف تشریحی طور پر مختلف نہیں ہوتے بلکہ ایک دوسرے کے بالمقابل خزانہ مقدم اور پچھلے حصہ میں حول مشیمی جوف کے ذریعہ علٰحدہ ہو جاتے ہیں۔ گویا کہ جو غشاء پہلے ایک ہی جوف بناتی تھی وہ دو مقامات پر ایک دوسرے

سے ملحق رہتی ہے۔ایک تو اس مقام پر جہاں جسم ہدبی صلبیہ سے متصل ہوتا ہے۔ اور دوسرے اس مقام پر جہاں پر عصب بصری داخل ہوتا ہے۔ اس کے برعکس آنکھ کے درمیانی اور اندرونی طبقات یعنی شبکیہ اور اس کے بڑھاؤ کے تعلقات مختلف ہوتے ہیں۔ آنکھ کا اندرونی طبقہ ثانوی حویصلہ بصری سے حاصل ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ مشیمیہ کا بالکل تعلق نہیں ہوتا۔ صرف حویصلہ کی بیرونی سطح کے ساتھ یہ طبقہ متصل رہتا ہے۔ اسی پرت سے آئندہ شبکیہ کی تلوین حاصل ہوتی ہے۔ موخر الذکر پرت جسم ہدبی، اور طبقہ مشیمیہ کے اندر کی طرف رہتا ہے۔ مگر ان سے ملحق نہیں ہوتا۔ تاہم زندہ آنکھ میں یہ شیمیہ سے شاذ ہی الگ ہوسکتا ہے۔ اور جسم ہدبی سے اس کی علحدگی ممکن نہیں۔ اس سے زیادہ شبکیہ کی تلوین کا مضبوط تعلق 'عنبیہ' کے ساتھ ہوتا ہے۔ کیوں کہ اسی تلوینی پرت کے اندر 'عضلات باسط حدقہ و قابض' حدقہ کے الیاف موجود رہتے ہیں۔ گویا کہ بیرونی و اندرونی طبقات جو جنینی حیثیت سے دو ملحقہ غشائیں تھیں انھوں نے تشریحی تعلقات کو بالکل زائل کردیا کیوں کہ عضوی حیثیت سے ان کا آپس میں بالکل تعلق باقی نہیں رہا لیکن درمیانی و اندرونی طبقات کا عضوی لحاظ سے گہرا تعلق باقی رہتا ہے۔ اگرچہ تکوینی حیثیت سے یہ دونوں مختلف الاصل ہوتے ہیں۔

اجفان اور آلات دمعی۔ اجفان جنٹوں کے طریقہ پر پیدا ہوتی ہیں! اور اوپر و نیچے بڑھتی رہتی ہیں یہاں تک کہ ان کے کنارے آپس میں مل جاتے ہیں۔ یہ اتصال ان کا صرف بشری استر کے ذریعہ ہوتا ہے لیکن پیدائش کے وقت زائل ہوجاتا ہے۔ حقیقی بشرہ مجری انبجیں کلی کی طرح اندر کی طرف جاتا ہے اور اسی سے غدہ دمعی بنتا ہے۔ قناۃ دمعی کی ابتدا ایک ایسی نالی سے ہوتی ہے جو ابتدائی زمانہ میں فک اعلیٰ اور عظم انفی کے بیرونی انفی زوائد کے درمیان ہوتی ہے۔

پیدائش کے بعد آنکھ کی نشو و نما۔ مکمل نشو و نما یافتہ آنکھ

پیدائش کے وقت آنکھ کا مقدم و موخر قطر ۵ر۱۵ سے ۵ر۱۷ ملی میٹر تک اور اس کا عمودی قطر ۵ر۱۴ سے ۵ر۱۷ ملی میٹر تک ہوتا ہے۔ آنکھ کا صغر پورا کرنے کے واسطے (کیوں کہ چھوٹی آنکھ میں شدید طول بصر ہوتا ہے) انعطافی واسطے۔ جوان یا مکمل نمو یافتہ آنکھ سے زیادہ انعطاف کا کام انجام دیتے ہیں۔ یہ طاقت انعطافی عدسہ میں سب سے زیادہ ہوتی ہے یعنی اس عمر میں عدسہ زیادہ محدب ہوتا ہے اور طریق مشیمی میں تلوین بہت کم ہوتی ہے۔ زندگی کے ابتدائی چند سال میں آنکھ کی نشو و نما بہت ہوتی ہے۔ اس کا عمودی قطر زیادہ جلد بڑھتا ہے جس کی وجہ سے آنکھ تقریباً گردی شکل اختیار کرتی ہے۔

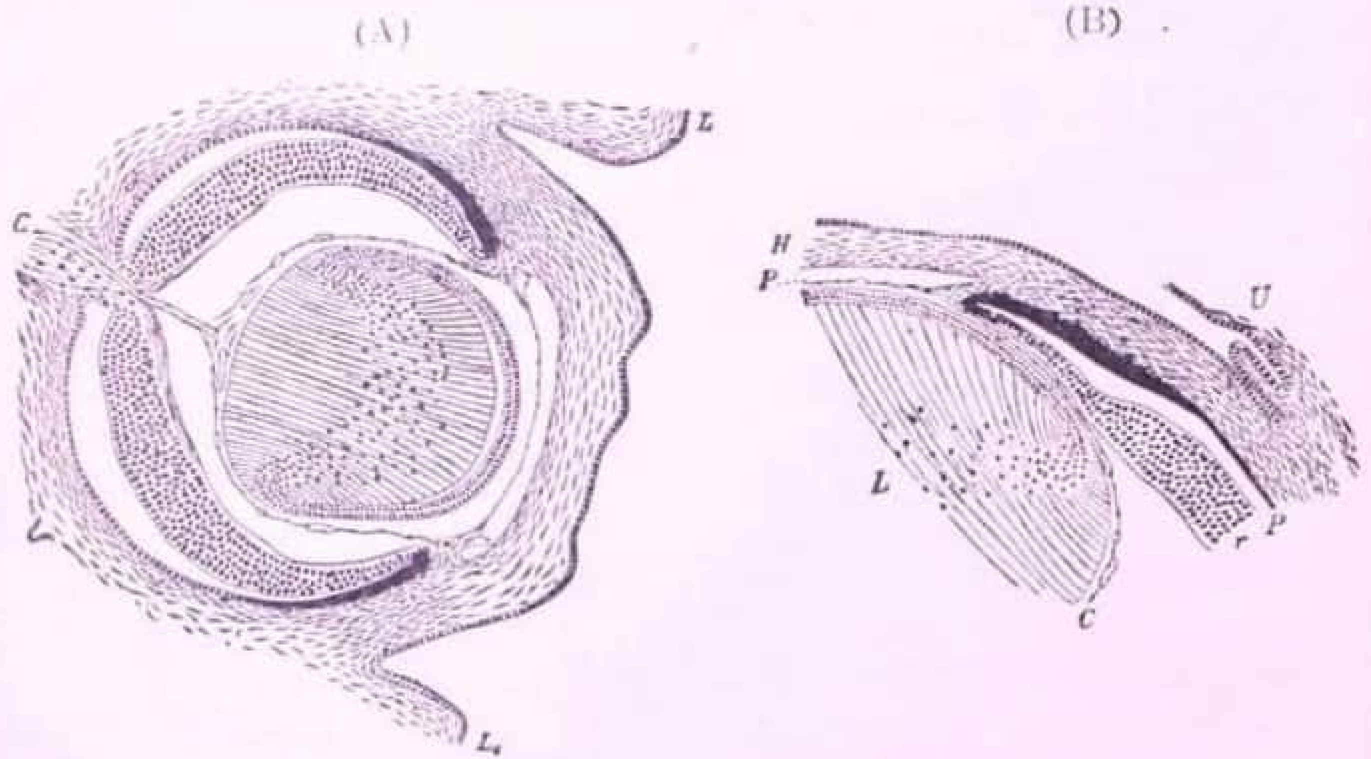
"ماہر اوجی" کا خیال ہے کہ ۸ و ۹ سال میں آنکھ کی طبعی نشو و نما مکمل ہوجاتی ہے۔ جیسے جیسے آنکھ کا مقدم و موخر قطب بڑھتا

متعلق تصویر ۲۹

(A) کاسہ بصری کا غلاف طبقہ وسطی سے بنتا ہے — اور اس کا مقدم حصہ قرنیہ پر مشتمل ہوتا ہے — جس کے اندر بہت سے نوات دکھائی دیتے ہیں — پچھلے حصہ سے اس کی نمو اس طرح ہوتی ہے کہ پچھلے حصہ میں نوات بہت زیادہ اور اس میں کم ہوتے ہیں — اس صورت میں پچھلے حصہ میں صلبیہ اور طبقہ عنبی کے درمیان کوئی حد فاصل نہیں پیدا ہوتی — ظاہر ہے کہ طبقہ عنبی اندرونی پرت سے بنیگا — جس مقام کی تطبیق طبقہ بصری کے مقدم کنارے سے ہوتی ہے وہاں سے طبقہ وسطی ابھار کے مانند آنکھ کے اندر جاتا ہے اور حلقہ نمازائدہ کے آزاد کنارے سے دو عروقی غشائیں پیدا ہوکر عدسہ کو گھیر لیتی ہیں — اور آیندہ چلکر عدسی غلاف میں تبدیل ہو جاتی ہیں — اس غلاف کا مقدم حصہ عنبی حدقی پرت ہوتا ہے ان دونوں غشاؤں میں سے پچھلی غشاء میں شریان شفاف ایک ایسے مقام پر داخل ہوتی ہے — جو عدسہ کے موخر قطب کے ساتھ تطبیق کرتا ہے ، یہ شریان شریان مرکزی (c) سے شروع ہوتی ہے — مذکورہ دونوں غشائیں ثانوی کاسہ بصری بناتی ہیں — باہر کا تلوینی بشرہ اپنے پچھلے حصہ میں کم ہوکر ایک خلیہ والے پرت میں تبدیل ہوجاتا ہے — مقدم حصہ میں ابھی تک خلیات کے متعدد پرت ہیں — عصب بصری کے نزدیک ایک تہ دوسری تہ کے اندر لوٹ کر کس طرح پہونچ جاتی ہے صاف معلوم ہوتا ہے مقدم مقام جہاں سے یہ تہ لوٹتی ہے وہ مقام ہے جو آیندہ چلکر عنبیہ کا حدقی کنارہ ہوگا — اس شکل میں عدسہ کروی شکل کا ہے اس کا مقدم و موخر قطر استوائی قطر سے زیادہ ہے اس کی مقدم سطح پر بشرہ ہے جو ابھی تک کئی خلیاتی تہوں پر مشتمل ہے اور اس کا غلاف خاص طور پر الگ نہیں معلوم ہوتا ایندہ چلکر عدسہ کے استوائی رقبہ میں بشری خلیات عدسی الیاف کی صورت اختیار کرتے ہیں جو کہ ابھی تک نویہ دار ہیں — عدسہ کی موخر سطح بشرہ سے بالکل خالی ہے ، اور لطیف غشاء سے ڈھکی ہوئی ہے ، زجاجیہ کا حجیرہ (L) بہت چھوٹا ہے ، (L_1) وہ مقام ہے جہاں سے باہر کی طرف اجفان کی نمو ہوتی ہے ۔

(B) ۳ ماہ کی عمر کے آخر میں جنین کی آنکھ کے مقدم حصہ کا قطع — (۸۰ گنا بڑا) قرنیہ کا بشرہ (H) خلف غضروفی جلد (۱۱) تک ملتحمہ پر جاتا ہے — قرنیہ کے پیچھے کاسہ بصری کی مقدم دیوار دکھائی دیتی ہے — اس دیوار کے بنانے والے دو پرت اس طرح لوٹتے ہیں کہ دونوں حدقہ عین کے کنارے پر مل جاتے ہیں — بیرونی پرت (P) کلیتاً ملون ہے ، اندرونی پرت صرف مقدم حصہ میں ملون ہے ، اور یہاں پر تبدیل ہوکر عنبیہ کے نیچے کے شبکیہ کے ملون پرت کا موخر پرت بناتا ہے ، اور کچھ پیچھے ہٹ کر جہاں پر اندرونی پرت میں تلوین بالکل نہیں ہوتی اس مقام پر یہ اندرونی خلیات میں تبدیل ہو جاتا ہے جو کہ شبکی اور ہدبی حصہ کے اندر

(بقیہ عبارت سامنے کے صفحہ پر ملاحظہ ہو)



استقر کرتے ہیں — اس سے پیچھے سمت کو اندرونی پرت میں ایک ابھار پیدا ہوتا ہے جو کہ شبکیہ (r) کو ظاہر کرتا ہے — اسی مقام پر آئندہ حافہ مستقلہ بنتا ہے - کاسہ بصری کے دو پرت جہاں تک وہ ہدبی جسم کے اوپر غلاف بناتے ہیں طبقہ وسطی کے لفافہ نما حصہ کے اندرونی طرف لگے رہتے ہیں آگے چل کر جو مقام ابتدائی عنبیہ کو ظاہر کرتا ہے وہ قرنیہ سے الگ ہوجاتا ہے اس مقام پر طبقہ وسطی سے اس پر استقر ہوتا ہے — اور آئندہ یہہ ساخت عنبیہ کی اساسی ساخت کہلاتی ہے اس عنبیہ کے آزاد کنارے سے دو غشائیں پیدا ہوتی ہیں — (۱) غشاء حدقی (P) جو بالمقابل کے حدقی کنارے تک جاتی ہے اور (۲) غشاء غلافی (c) جو کہ آگے بڑھکر جسم ہدبی ، اور عدسہ کے درمیان جاتے ہوئے عدسہ کی موخر سطح تک پہونچتی ہے — عدسہ (L) میں نواتی دائرہ اور آگے کو بڑھتا ہے اور قطع میں عدسہ کی صورت بجائے کروی ہونے کے بیضوی ہوجاتی ہے •

جاتا ہے ویسے ویسے عدسہ کم محدب ہوتا جاتا ہے اور طریق مشیمی میں تلوین بڑھتی جاتی ہے۔ اسی لئے طبقۂ مشیمیہ اور عنبیہ دونوں گہرے رنگ کے ہو جاتے ہیں۔ دونوں آنکھیں ایک دوسرے سے باعتبار پہلے کے زیادہ دور ہو جاتی ہیں۔ علیٰ ہذا القیاس محجر کے اندر کا جوف بھی بڑھ جاتا ہے۔ خصوصاً مقدم حصے میں محجر کے صدغی کنارے ایک دوسرے سے بہت زیادہ دور ہو جاتے ہیں۔ جیسے جیسے آنکھیں ایک دوسرے سے دور ہوتی جاتی ہیں ایک حد تک قصر بصر بھی ہوتی جاتی ہیں۔ کیونکہ ایسی صورت میں عضلۂ مستقیمہ وحشیہ پہلے سے زیادہ کام کرتا ہے۔ اور عضلۂ مستقیمہ انسیہ کا عمل باعتبار پہلے کے ضعیف ہو جاتا ہے۔

یہ لونی، انعطافی، اور وضعی تبدیلیاں جو نمو کے دوران میں پیدا ہوتی ہیں۔ آنکھ کے عضوی افعال پر بہت اثر رکھتی ہیں۔ عدسہ تمام عمر بڑھتا رہتا ہے۔ جوان عمر کے افراد میں آنکھ کے مختلف اقطار کی پیمائش حسب ذیل ہوتی ہے۔

مقدم و موخر قطر ۔۔ ۔ ۔	۲۴ر۳ ملی میٹر ۔	افقی قطر ۔۔ ۔ ۔	۲۳ر۰ ملی میٹر
عمودی قطر ۔ ۔۔ ۔	۲۳ر۳ ملی میٹر ۔	قرنیہ کی دبازت اس کی چوٹی پر	۵ر۰ ملی میٹر
قرنیہ کی دبازت اس کے قاعدہ پر	۱ر۱ ملی میٹر ۔	قرنیہ کا قطر (خزانۂ مقدم کا قطر)	۱۱ر۹ ملی میٹر
خزانۂ مقدم کی گہرائی	۳ر۲ ملی میٹر ۔	آنکھ کے سکون کی حالت میں عدسہ کی دبازت	۷ر۳ ملی میٹر

آنکھ کی طاقت توفیق کے عمل انعطاف کے وقت عدسہ کی دبازت ۳ر۴ ملی میٹر

آنکھ کے مقدم و موخر قطر کا طول "قصر بصر" والی آنکھوں میں زیادہ ہوتا ہے، اور طول بصر والی آنکھوں میں کم۔ اور آنکھ کا مرکز دوری قرنیہ کی چوٹی سے ۱۳ر۵ ملی میٹر پیچھے واقع ہوتا ہے۔

آنکھ کے وظائف عمومی

وسائل حفاظت خارجی ضربی حوادث سے آنکھ سامنے کی طرف سے اجفان (Lids) اور ملتحمہ (Conjunctiva) کے ذریعہ عافیت میں رہتی ہے اوپر نیچے اور پچھلی طرف محجر (Orbit) اور اس کے اندر کے شحمی انسجہ یہ خدمت انجام دیتے ہیں۔ اجفان محافظت کا کام دو طریق پر کرتے ہیں۔

(۱) پوری طرح آنکھ کو ڈھک کر اس کو تیز روشنی اور اجسام غریبہ سے محفوظ رکھتے ہیں۔

(۲) جھپکنے کی حرکات سے اجفان مختلف اجسام غریبہ مثلاً گرد و غبار جراثیم وغیرہ کو آنکھ کے ملتحمہ سے الگ کرتے ہیں۔

اگر مقلۂ عین کی سطح تر نہ ہوتی۔ اور اس تری کی فاضل مقدار کو آنکھ سے الگ کرنے کا کوئی انتظام نہ ہوتا تو یہ کام اجفان پوری طرح انجام نہ دے سکتے۔ آنکھ کا تر رہنا اور اس کی فاضل رطوبت کی نکاسی آلات دمعی کے ذریعہ عمل میں آتی ہے جو آنسو بھی پیدا کرتے ہیں اور ان کو آنکھ سے ناک کے اندر بھی لے جاتے ہیں۔

غدہ دمعی - آنسو پیدا کرتے ہیں۔ نقاط دمعی قناۃ دمعی کیس دمعی اور قناۃ انفی یہ سب مل کر آنسو کو ناک کی طرف منتقل کرتے ہیں۔ ملتحمہ اور اس کا وہ حصہ جو قرنیہ کے لئے پردہ کا کام کرتا ہے۔ مختلف جراثیم کو آنکھ کے اندر نہیں داخل ہونے دیتا اور قرنیہ میں رطوبت کے انجذاب کو جو اس کی صفائی میں خلل انداز ہوتا ہو روکتا ہے۔ اس کے علاوہ آنکھ کے تحفظ میں خود اس کی ساخت کو بھی کسی قدر دخل ہے یعنی طبقۂ صلبیہ اور قرنیہ کی صلابت اور قرنیہ کی ذکاوت حس دونوں یکساں آنکھ کی حفاظت کرتی ہیں۔

قرنیہ پر زیادہ منور شعاعوں کے پڑنے یا اجنبی جسم کے نزدیک آنے سے آنکھ کا بند ہونا بھی اس کی حفاظت میں مدد ہوتا ہے۔ ان حرکات کی تنظیم حسب ذیل ہوتی ہے۔

اجفان کی حرکات۔ آنکھ کے کھولنے کے لئے جفن اعلیٰ کو عضلۂ رافعۃ الجفن علیا (Lavator palpebralis superior) اوپر کو اٹھاتا ہے جفن اسفل خود اپنے بوجھ سے نیچے کو گر پڑتی ہے۔ چوں کہ عضلۂ رافعۃ الجفن کے وتر کے چند الیاف جفن اعلیٰ کی جلد تک پہونچتے ہیں اس لئے جفن کا وہ حصہ جو غضروف جفنی کے اوپر ہے عضلی انقباض کی وجہ سے مقلۂ عین اور محجر کے درمیان پیچھے کی طرف کھنچ جاتا ہے اور اس مقام پر ایک گڑھا سا پیدا ہو جاتا ہے جس کے اوپر جفن کے اوپر کے حصہ کا چمڑا اگر بڑا ہو تو چنٹ کی صورت میں لٹکا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ جفن اعلیٰ کے اٹھانے میں ذیل کے عضلات بھی مدد دیتے ہیں۔

(۱) عضلۂ غضروفی علیا (M. Tarsalis superior)

(۲) عضلۂ مستقیمہ علیا (M. Surerior rectus)

عضلۂ مستقیمہ علیا کا وتر عضلۂ رافعۃ الجفن سے اس قدر ہم آویزہ ہوتا ہے کہ بعض ماہرین خیال کرتے ہیں کہ یہ دونوں عضلات غضروف جفنی میں ایک ہی جگہ مدغم ہوتے ہیں۔ گویا یہ دونوں عضلات جفن اعلیٰ کو اوپر اٹھانے میں مدد دیتے ہیں۔ جفن اسفل نہ صرف اپنے وزن سے نیچے کو گرتی ہے بلکہ اس عمل میں اس کو عضلۂ غضروفیہ سفلیہ (M. Tarsalis Inferior) اور عضلۂ مستقیمہ سفلیہ (M. Rectus Inferior) کا ایک حصہ بھی مدد دیتا ہے۔ اس کے علاوہ دونوں آنکھ کے باہر کی طرف دیکھنے میں عضلۂ مستقیمہ وحشیہ بیرونی حقیم العین کو پیچھے کی طرف کو کھینچتا ہے۔ آنکھ کے بند کرنے میں ہمیں دو مختلف حرکات میں امتیاز رکھنا چاہیے۔

(۱) آنکھ کا جھپکنا۔

(۲) آنکھ بھینچ کر بند کرنا۔

آنکھ کے جھپکنے میں فتحۃ العین جلد جلد بند ہوتا ہے۔ مگر اجفان پوری طرح ایک دوسرے سے نہیں ملتیں۔ آنکھ جھپکنا تو بے ارادی سے بھی ممکن ہے مگر طبعی حالات میں یہ ایک حرکت انعکاسی (Reflex action) ہے جس کی محرک آنکھ کی خشکی ہے۔ یہ حرکت آنکھ میں غریب اجسام کی موجودگی مثلاً دھواں گرد و غبار وغیرہ سے زیادہ ہوتی ہے اور فعل عصب جمجمی خامس (Trigeminal nerve) کی شاخوں سے انجام پاتا ہے۔ یہ آنکھ کا حسی عصب ہے۔ اسی لئے اس کو آنکھ کا چوکیدار بھی کہتے ہیں۔ آنکھ جھپکنے کا مقصد یہ ہے کہ مقلۂ عین پر افراز دمعی کی ایک ہلکی سی تہ آجائے جو اس کو خشک نہ ہونے دے۔ اور گرد و غبار کو بھی آنکھ پر سے دھو دے۔

یہ عمل عموماً ارادی ہوتا ہے اس میں اجفان کے دونوں سرے ایک دوسرے سے پوری طرح مل جاتے ہیں۔ آنکھ کا اس طرح بند ہونا دو نوع کا ہوتا ہے۔ ایک سونے کی حالت میں جب کہ یہ نہایت سہولت سے انجام پذیر ہوتا ہے۔ دوسرے جب زور سے آنکھ بند کی جائے مؤخر الذکر صورت میں اجفان کی جلد فتحۃ العین کی طرف کھنچ کر چلی آتی ہے۔ اور اجفان کے کناروں میں بے شمار جھریاں پڑ جاتی ہیں۔

سونے کی حالت میں جب آنکھ بند ہوتی ہے تو مقلۂ عین بھی اوپر کو گھوم جاتا ہے۔ یہ حالت ہم خود اس وقت محسوس کرتے ہیں جب نیند آرہی ہو اور آنکھیں مجبوراً امکان کے بلا بند ہو رہی ہوں تو مقلۂ عین بھی اوپر کو اٹھتا ہوا معلوم ہوتا ہے۔ بچوں اور عورتوں میں جن کی اجفان کی جلد نہایت پتلی ہوتی ہے یہ کیفیت ہم سونے کی حالت میں دیکھ سکتے ہیں اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ ان کی قرنیہ گویا جفن اعلیٰ کے نیچے اوپر کی طرف گھوم گئی ہے۔ یہ حالت صاف طور پر ان مریضوں میں معلوم ہوتی ہے جن کی قرنیہ بیماری کی وجہ سے باہر کی طرف طبعی حالات سے زیادہ ابھری ہوئی ہو۔ مقلۂ عین کی اس حرکت سے ایک فائدہ یہ ہوتا ہے کہ بعض لوگوں میں سوتے وقت آنکھ پورے طور پر بند نہیں ہوتی۔ اگر اس صورت میں قرنیہ طبعی حالت میں بھی رہتی تو اس کے خشک ہو جانے کا اندیشہ تھا پس اس حرکت سے گویا اس کا ازالہ ہو جاتا ہے اور صرف عدم انغماض عین (Lag Ophthalmos) کی نہایت خراب حالت میں قرنیہ کا نچلا حصہ جفن اعلیٰ کے پوری طرح بند نہ ہونے کی وجہ سے خشک ہو جاتا ہے۔ اور اس میں التہابی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔

آنکھ جھپکنے کا فعل عضلۂ محیطۃ الجفن (Orbicularis) کے خارجی الیاف سے عمل میں آتا ہے مگر آنکھ کے زور سے بند کرنے میں اس عضلہ کے مجری حصہ میں بھی انقباض پیدا ہوتا ہے۔

افراز دمعی اور اس کا اخراج۔ افراز دمعی نفسانی حرکات کا نتیجہ ہوتا ہے یا یہ انعکاسی فعل ہے جو عصب جمجمی خامس یا عصب باصرہ

کی تحریک یا خراش سے انجام پاتا ہے. مثلاً آنکھوں سے پانی کا آنا. نفسیاتی تحریک کے ماتحت رونا صرف انسان کا خاصہ ہے۔ دوسرے کسی حیوان میں نہیں ہوتا۔ اور انسان میں بھی یہ صفت رضاعت کے پہلے چند ہفتوں میں نہیں پائی جاتی۔

رطوبت دمعی میں چند نمکیات پائے جاتے ہیں جن میں سے معمولی نمک خاص ہے۔ جس کی وجہ سے یہ رطوبت نمکین ہوتی ہے۔ طبعی حالات میں غدہ دمعی صرف اس قدر رطوبت پیدا کرتا ہے جو آنکھوں میں سے نامعلوم طور پر بخارات بن کر اڑ جاتی ہے۔ اس رطوبت کا نہایت خفیف حصہ ناک میں پہونچتا ہے۔ جب یہ رطوبت بہت بڑھ جائے تو اس صورت میں یہ ناک میں پہونچ جاتی ہے اور ہم ناک جھاڑنے پر مجبور ہوتے ہیں

مقلۂ عین کا تر رہنا محض رطوبت دمعی پر منحصر نہیں بلکہ ملتحمہ اور اس کے غدود کی رطوبت بھی اس میں ممد ہوتی ہے۔ اسی لئے اگر غدۂ دمعی کو بالکل عمل جراحت سے نکال دیا جائے۔ یا غدۂ دمعی کے فساد کی وجہ سے اس کی رطوبت مفقود ہو جائے تو بھی مقلۂ عین خشک نہیں ہوتا۔

رطوبت دمعی کو ناک تک پہونچانے میں دو عمل برسرکار ہوتے ہیں۔

(۱) آنسوؤں کا کیس دمعی میں داخل ہونا۔

(۲) کیس دمعی سے نکل کر ناک میں پہونچنا۔

رطوبت دمعی آنکھ جھپکنے کی وجہ سے نقاط دمعی میں داخل ہوکر "کیس دمعی" میں پہونچتی ہے۔ اور آنکھ کے اندر کوئے میں جو نکل میں گھوڑے کے نعل سے ملتا ہے (تجویف دمعی) میں جمع ہوتی ہے۔ اس کے اندر نقاط دمعی کھلتے ہیں۔ اب آنکھ جھپکنے پر عضلہ محیطہ الجفن کے الیاف منقبض ہوتے ہیں۔ یہ الیاف وتر جفنی انسیہ Intenal palpebral lagament سے نکلتے ہیں! ور جب یہ منقبض ہوں تو اس وتر کو عظم دمعی سے علحدہ کھینچتے ہیں۔

کیس دمعی کی دیوار چوں کہ "وتر دمعی" سے ملی ہوتی ہے اس لئے یہ بھی اس کے ساتھ کھنچتی ہے۔ پس اس طرح کیس دمعی اندر سے پھیل جاتا ہے۔ اس کے اندر کا حجم بڑھ جاتا ہے۔ اس حالت میں جس قدر رطوبت قناۃ دمعی میں آ چکتی ہے وہ اندر آجاتی ہے۔ اب آنکھ کے پھر کھلنے پر کیس دمعی کی لچکدار دیواریں اپنی اصلی حالت پر جب لوٹتی ہیں تو رطوبت دمعی کیس میں سے نکل کر قناۃ انفی کے ذریعہ ناک میں پہونچ جاتی ہے اس لچک کی وجہ سے کیس دمعی پھیلنے کے بعد جب اصلی حالت پر آتی ہے تو رطوبت دمعی کو ناک کی طرف دھکیل دیتی ہے۔ ان غیر طبعی حالات میں جب کہ کیس دمعی کی یہ لچک غائب ہو جاتی ہے۔ آنسوؤں کا ناک میں جانا رک جاتا ہے۔ خواہ اس حالت میں قناۃ انفی بالکل ٹھیک حالت میں کیوں نہ ہو رہا یہ سوال کہ رطوبت دمعی کیس دمعی کے سکڑنے کے وقت آنکھ میں واپس کیوں نہیں آتی؟ اس کی وجہ یہ ہے کہ قناۃ انفی قناۃ دمعی سے بہت زیادہ فراخ ہوتی ہے۔ اس لئے یہ رطوبت قناۃ دمعی میں واپس نہیں جاتی۔

"آنکھ کے درمیانی واندرونی طبقات کی حفاظت"۔ بیرونی طرف سے شبکیہ وغشاء شیمی وعنبی کی حفاظت طبقہ صلبیہ قرنیہ کرتا ہے جو اُن کے چاروں طرف بطور غلاف کے محیط ہوتا ہے اندرونی طرف رطوبت مائی ورطوبت زجاجیہ سے ان کی حفاظت ہوتی ہے۔ کیوں کہ یہ دونوں رطوبتیں آنکھ کے اندرونی حصّہ کو بالکل بھر دیتی ہیں۔

صلبیہ اور قرنیہ کی صلابت کی وجہ یہ ہے کہ اس کی ساخت زیادہ تر غیر لچکدار اور نسیج واصل کے الیاف کی ہوتی ہے جو آپس میں جال کی صورت میں قائم ہوتے ہیں۔ اس کے ساتھ کسی حد تک لچکدار الیاف بھی ملے ہوتے ہیں۔ گویا اس سختی کے ساتھ بہت خفیف لچک بھی ہوتی ہے صلبیہ و قرنیہ کی سختی صرف دو مقام پر کم ہوتی ہے۔

(۱) اس مقام پر جہاں عصب باصرہ آنکھ کے اندر داخل ہوتا ہے۔ اس جگہ صلبیہ صرف ایک پرت کی صورت میں پایا جاتا ہے جس میں نہایت کم اور کمزور الیاف ہوتے ہیں۔ اس کا نام طبقہ مصفویہ (Lamina cribrosa) ہے۔

(۲) اس مقام پر جہاں صلبیہ اور قرنیہ آپس میں ملتے ہیں۔ کیوں کہ اندر کی طرف یہ مقام قناۃ شلیم (Cannal of schlemm) کے لئے خالی ہوتا ہے۔ اور باہر کی طرف پتلی سی جھلی ہوتی ہے۔

اب اگر آنکھ کے اندر تو تر بڑھ جائے تو سب سے پہلی جگہ جہاں اس کا اثر پڑتا ہے وہ عصب باصرہ کا وہ مقام ہے جہاں یہ آنکھ میں داخل ہوتا ہے۔ جس کا نتیجہ بینائی کا ضعف ہے جیسا کہ زرق الماء (Glaucoma) میں ہوتا ہے۔

وہ مقام جہاں قرنیہ وصلبیہ آپس میں ملتے ہیں۔ عموماً خارجی ضرباتی حوادث میں اسی جگہ پر صدمہ پہونچتا ہے۔ جس سے آنکھ کا یہ حصّہ شق ہو جاتا ہے چوں کہ اس حصّہ میں لچک بہت کم ہوتی ہے اس لئے یہ جگہ آنکھ کا تو تر بڑھنے کے باوجود بھی چاروں طرف اُبھرنے سے معذور ہوتی ہے۔ برخلاف اس کے بچپن میں چوں کہ اس مقام کی لچک زیادہ ہوتی ہے۔ اس لئے اس عمر میں یہ مقام تو تر عین کے زیادہ ہونے سے اُبھر سکتا ہے۔ جوں جوں عمر بڑھتی ہے۔ قرنیہ وصلبیہ کے مقام اتصال کی لچک میں کمی آتی جاتی ہے۔ اس مقام پہ لچک کی کمی تو تر عین کے کم ہونے پر بھی اپنا رنگ لاتی ہے۔ انسانی آنکھ اگر زیادہ لچک دار ہوتی تو ضمور العین کی حالت میں مقلۂ عین چاروں طرف سے یکساں کم ہوتا مگر انسانی آنکھ میں ضمور العین کی حالت میں قرنیہ اور صلبیہ دونوں کے درمیانی مقام پر چپٹ پیدا ہو جاتی ہے۔

غشاء عنبی کی کیفیت صلبیہ وغیرہ سے مختلف ہے۔ عنبیہ بہت زیادہ لچک دار ہوتا ہے۔ کیوں کہ حدقۃ العین کے عضلات باسطہ و قابضہ دونوں کے عمل کے واسطے لچک کا ہونا لازم ہے۔ جو تصلی التہاب ملتحمہ میں جب عنبیہ کے آزاد کنارے کا اتصال قرنیہ کے باہر کے سرے کے نزدیک واقع ہوتا ہے اور ہم چاہتے ہیں کہ آپریشن کے ذریعہ اس کو کاٹ دیں۔ تاکہ یہ عنبیہ کا سرا پھر آزاد ہو جائے اور حدقۃ العین

طبعی حالت میں آجائے تو تیز نشتر کے ذریعہ عنبیہ کو کھینچا جاتا ہے۔ باوجود اس کے بھی عنبیہ نہیں کٹتا۔ اس سے ہم اندازہ کر سکتے ہیں کہ عنبیہ کس قدر لچک دار ہے۔ ضرباتی حوادث سے بھی طبقہ عنبیہ عرضاً نہیں پھٹتا۔ یہ بھی اسی لچک کی بدولت ہے مگر ان صورتوں میں جسم ہدبی سے عنبیہ الگ ہو جاتا ہے یا یہ شعاعی طور پر شق ہو جاتا ہے۔ چوں کہ عنبیہ میں عروق شعاعی طور پر قائم ہیں۔ اس لئے ان کا شعاعی انشقاق ممکن ہے۔ عنبیہ کے مقابلہ میں مشیمیہ اور جسم ہدبی کم لچک دار ہیں۔ آنکھ کے ضرباتی حوادث سے ان میں بہت جلد چوٹ آتی ہے۔ ان صورتوں میں مشیمیہ کا انشقاق دیکھا جاتا ہے۔ جسم ہدبی میں انشقاق کم ہوتا ہے۔ اس کے انشقاق کو اگر ہو بھی تو ہم نہیں دیکھ سکتے۔

جیسا کہ ہم شروع میں بیان کر چکے ہیں۔ آنکھ کی صلابت تنہا اس قابل نہیں کہ اس کو محفوظ رکھ سکے۔ آنکھ میں درد کا احساس بھی اس کی حفاظت کا کسی حد تک سامنے کی طرف ذمہ دار ہے۔ چوں کہ قرنیہ کا رخ باہر کی طرف ہے۔ اس لئے بقیہ صلبیہ سے یہ حصہ زیادہ حساس ہے اس کے اندر حسی الیاف بہت زیادہ ہوتے ہیں جو بشری شبکہ کی صورت میں پائے جاتے ہیں۔ بشرہ کے نیچے عصبی شبکہ صرف اسی مقام پر ملتا ہے۔ جسم انسانی میں کسی دوسری جگہ اس کی مثال نہیں ملتی۔ اس لئے اگر کوئی چیز قرنیہ سے آکر لگے تو اس میں درد کا احساس شدید ہوتا ہے یہی وجہ ہے کہ قرنیہ کی معمولی خراش اور چھوٹے چھوٹے اجسام غریبہ جو اس پر لگتے ہیں۔ فوراً ہماری توجہ کو اپنی طرف مبذول کرتے ہیں۔

بینائی کو قائم رکھنے کے وسائل

انعطافی واسطے (Refractive media) طبقہ قرنیہ، رطوبت مائیہ (Aqueous humur) عدسہ جلیدیہ (Lens) رطوبت زجاجیہ (Vitreous) اور شبکیہ (Retina) کے طبقات مقدم جو اجسام عصوی و مخروطی (Rods and cones) کے سامنے واقع ہوتے ہیں۔ ان سبھوں کا شفاف ہونا لازم ہے۔ ورنہ آنکھ اپنے طبعی وظائف کی انجام دہی سے معذور رہے گی۔ ان اجسام کی شفافیت دو اسباب پر منحصر ہے۔

(۱) جن اجزا یا طبقات پر ساختیں مشتمل ہوتی ہیں۔ ان کا شفاف ہونا۔

(۲) ان میں غیر شفاف انسجہ مثلاً عروق دموی وغیرہ کی عدم موجودگی۔

قرنیہ جن طبقات پر مشتمل ہوتا ہے۔ وہ باہم متجانس اور شفاف ہوتے ہیں۔ ان سب کے اندر انعطافی طاقت یکساں ہوتی ہے خلیات ان طبقات کے درمیان شاذ و نادر ہی ملتے ہیں۔ یہی حالت عدسہ جلیدیہ کی بھی ہے۔ یہ بھی مختلف شفاف طبقات پر مشتمل ہے

گو کہ ان طبقات کی انعطافی طاقت مختلف ہوتی ہے۔ مگر اس اختلاف میں بھی ایک نظام ہوتا ہے۔ رطوبت مائیہ اور زجاجیہ بھی جب کی ساخت جیلی کے مانند ہوتی ہے اور جس کے اندر کسی قسم کا جال یا نسیجی بافت نہیں دکھائی دیتی، صاف اور شفاف ہوتی ہیں۔

مذکورہ واسطوں میں اگر غیر شفاف اجزا پر نظر ڈالی جائے تو قرنیہ، عدسہ اور رطوبت زجاجیہ کے اندر کسی قسم کے عروق دموی نہیں ملتے۔ طبقہ شبکیہ میں بھی کوئی غیر شفاف عصبی نسیج واصل نہیں ہوتی۔ عروق دموی شبکیہ کے اندر ہوتے ہیں۔ مگر بہت ہی کم خصوصاً بقعہ صفراوی (Yellow-Spot) میں جہاں بینائی بہت تیز ہوتی ہے۔ عروق دموی بالکل ہی نہیں پائے جاتے۔ شبکیہ کے اعصاب پر چونکہ کوئی غلاف نہیں ہوتا۔ لہذا وہ بالکل شفاف نظر آتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ نور کی شعاعوں کے راستہ میں ان سے کوئی رکاوٹ بھی نہیں پیدا ہوتی۔

جو اسباب شفاف واسطوں میں معمولی کدورت بھی پیدا کریں۔ یا ان کے اندر عروق دموی وغیرہ پیدا کرنے میں مد ہوں وہ آنکھ کے طبعی وظائف میں خلل انداز ہو سکتے ہیں۔ چنانچہ قرنیہ کی عارضی سحابی کیفیت، بہت زیادہ اندرونی دباؤ کی وجہ سے ہو سکتی ہے کیوں کہ دباؤ کی وجہ سے قرنیہ کے طبقات کی انعطافی طاقت بدل جاتی ہے لہذا نور کی باقاعدہ رفتار میں فرق آجاتا ہے۔ یا یوں سمجھئے کہ دباؤ کی وجہ سے قرنیہ لہریہ دار ہو جاتا ہے۔ اس لئے نور کی شعاعیں اس کے اندر سے طبعی طور پر نہیں گزر سکتیں۔ اپریشن کی وجہ سے بھی یہ لہریہ دار ہو جاتا ہے مگر اس کے یہ حصص شفاف رہتے ہیں۔ صرف انعطافی طاقت میں فرق پڑتا ہے۔ عدسہ جلیدیہ کے طبقات کی بھی انعطافی طاقت مختلف وجوہ سے بدل جاتی ہے یہ حالت عدسہ کے شفاف الیاف کے درمیان درزوں کے وقوع یا ان کی کجی کی صورت میں خاص طور پر پیدا ہو جاتی ہے۔ انسجہ کے اندر مختلف تبدیلیاں رونما ہونے کی وجہ سے شفافیت عموماً معدوم ہو جاتی ہے۔ یہاں تک کہ اگر رطوبت مائی قرنیہ یا عدسہ جلیدیہ میں جذب ہو جائے تو ان کے طبقات پھول جاتے ہیں اور یہ ساختیں غیر شفاف ہو جاتی ہیں۔ اگر قرنیہ کے بشرۂ مقدم میں کسی قرحہ یا شگاف کی وجہ سے تفرق اتصال واقع ہو۔ تو اس مقام پر قرنیہ، پھول کر غیر شفاف ہو جائے گا۔ دمعی رطوبت کے انجذاب سے بھی یہی حالت پیدا ہو سکتی ہے۔ زرق الماء (Glaucoma) میں بھی قرنیہ کا شفاف نہ رہنا اسی امر پر منحصر ہے یعنی مختلف خلیات بشری میں چھوٹے چھوٹے خوردبینی مائی قطرات پیدا ہو جاتے ہیں اگر قرنیہ کے پچھلی طرف بشرۂ باطنہ (Endothelium) کا اتصال ٹوٹ جائے یا غلاف عدسی کے بشرہ کو کوئی صدمہ پہنچ جائے جیسا کہ آپریشن میں ہوتا ہے تو اس کی وجہ سے خزانۂ مقدم کی رطوبت مائیہ قرنیہ یا عدسہ کی نسیجوں میں جذب ہو کر ان کو پھلا دیتی ہے اور غیر شفاف کر دیتی ہے۔

عدسہ کے غلاف کو جب کوئی صدمہ پہونچے تو فوراً یا کچھ دیر کے بعد وہ جگہہ غیر شفاف ہوجاتی ہے۔ اس طرح ہم ان موتیابند کی حالتوں کا موازنہ کرسکتے ہیں۔ جن میں غلافی بشرہ کے خلیات الگ ہوکر رطوبت مائیہ کو عدسی انسجہ میں جذب ہونے کا موقعہ دیتے ہیں۔ یا جن میں صدمہ کی خفت صرف بشرہ کی قوت حیات (Vitality) کو گزند پہونچاتی ہے۔ ایسی حالت میں غلاف کا بشرہ بظاہر بالکل طبعی حالت میں معلوم ہوتا ہے۔ مگر اس کی قوت حیات کے کم ہونے سے رطوبت مائی کو ان خلیات کے اندر سے گذر کر عدسی انسجہ میں پہونچنے کا موقع ملتا ہے۔

عدسی غلاف کی اس کیفیت کو ہم ان موتیابند کے پختہ ہونے میں بطور عمل طریق کے استعمال کرتے ہیں جو جوانوں میں لاحق ہوں۔ ایسا کرنے سے گویا ہم مصنوعی طور پر رطوبت مائی کو عدسہ میں داخل ہونے کا موقع دیتے ہیں۔ جس کی وجہ سے وہ غیر شفاف ہوکر جلد پختہ ہوسکتا ہے۔ اور ہمارے لئے اس پر عمل جراحی کرنے کا صحیح موقع ہاتھ آجاتا ہے۔

شفاف واسطوں کے انسجہ میں تبدیلی رطوبت مائیہ یا دمیہ کے انجذاب ہی سے نہیں بلکہ خلیاتی اور التہابی ترشحات سے بھی رونما ہوتی ہے۔ چنانچہ قرنیہ کے تمام تازہ قروح اور خزانہ مقدم کے تمام ملحقہ انسجہ کے التہاب میں عموماً یہ تبدیلیاں پیدا ہوتی ہیں۔ رطوبت زجاجیہ اور طبقہ شبکیہ نیز ان کی ملحقہ ساختوں کے التہاب سے بھی ایسی تبدیلیاں رونما ہوتی ہیں جن کی وجہ سے ان کی شفافیت میں فرق آجاتا ہے۔

التہاب کے ختم ہونے پر قرنیہ میں خاص کر نئے عروق دموی اور انسجہ واصلہ باقی رہ جاتے ہیں جو اس کو مستقل طور پر غیر شفاف بنادیتے ہیں۔ قطع نظر اس کے ان صورتوں میں قرنیہ کی نسیج خلوی کا نسیج واصل میں تبدیل ہوجانا بھی ممکن ہے۔

بصری لوازم

طبعی وظائف کی باحسن وجوہ انجام دہی کے لئے آنکھ کے واسطے ضروری ہے۔ کہ اس کی سطحی تحدب اور صفائی طبعی حالت پر قائم رہے اور قرنیہ اور عدسہ کی موخر سطح کے لئے تو یہ امر نہایت ہی ضروری ہے۔

قرنیہ کی تحدب قائم رکھنے میں آنکھ کی صلابت کے علاوہ تو تر عین (Intra ocular tention) بھی کافی دخیل ہے رہی اس کی سطحی صفائی تو وہ رطوبت دمعی اور اجفان کے سپرد ہے۔

عدسہ جلیدیہ کا اپنی طبعی حالت پر باقی رہنا دو اسباب پر منحصر ہے (۱) عدسہ کی طبعی لچک جو ہر وقت اس کو زیادہ تحدبی حالت میں لے جانا چاہتی ہے (۲) رباط معلقہ جو عدسہ کو مسطح حالت میں رکھنے کی کوشش کرتے ہیں۔ گویا دونوں چیزیں ایک دوسرے کے خلاف عمل پیرا ہوتی ہیں

عدسہ جلیدیہ کی شکل عضلۂ ہدبیہ (Ciliary muscles) کے انقباض سے بدل جاتی ہے یعنی عضلۂ ہدبیہ کی انقباضی حالت میں اس کے اوتار ڈھیلے پڑ جاتے ہیں، جس کی وجہ سے عدسہ جلیدیہ زیادہ محدب ہو جاتا ہے۔

عکسالہ (Photographic camera) کے ساتھ آنکھ کی تشبیہ بہت ہی مناسب ہے۔ عمدہ عکسالہ کی صفت یہ ہے کہ اس کی دیواریں بالکل غیر شفاف ہوں اور اس میں کسی طرف سے روشنی داخل نہ ہو سکے۔ سامنے کی جانب اس میں ایک عدسہ ہو جس کے سامنے ایک ایسا سوراخ ہو جو چھوٹا بڑا ہو سکے۔ جس کے ذریعہ عکسالہ کے اندر نور کی داخل ہونے والی مقدار کو بڑھایا گھٹایا جا سکے اس میں یہ بھی انتظام ہو کہ دور و نزدیک کی اشیاء کی شبیہ (Image) ایک ہی جگہ پر بنے۔

چشم انسانی میں یہ سب اوصاف پائے جاتے ہیں۔ چنانچہ چاروں طرف طبقۂ مشیمیہ کے رنگ دار ہونے کی وجہ سے روشنی کا گذر آنکھ کے اندر سوائے سامنے کے کسی اور طرف سے ممکن نہیں۔ طبقۂ عنبیہ ایک ایسا پردہ ہے جس کا درمیانی سوراخ منقبض و منبسط ہو کر آنکھ کے اندر داخل ہونے والی نور کی شعاعوں کو کم و بیش کرتا ہے۔ ایک ہی مقام یعنی طبقۂ شبکیہ پر شبیہ بنانے کے لئے عضلۂ ہدبیہ کے ذریعہ اس خدمت کو عدسہ جلیدیہ انجام دیتا ہے۔ مگر ان تمام چیزوں میں سے کسی ایک کی خرابی آنکھ کے طبعی وظائف میں مخل ہوتی ہے چنانچہ قرنیہ اور عدسہ جلیدیہ کے تحدبی معیار کی کمی یا زیادتی بینائی میں فرق پیدا کر دیتی ہے۔ جس کو ہم انعطافی تغیرات سے تعبیر کرتے ہیں۔ اور جس کے لئے عینک کی ضرورت لاحق ہوتی ہے۔

قرنیہ کی یبوست بینائی کو خراب کر دیتی ہے طریق عنبی میں رنگین مادہ کی کمی یا حدقۃ العین کا زیادہ کھلا رہنا چکا چوند پیدا کرتا ہے۔ ہدبی عضلات کا استرخاء آنکھ کو نزدیک کی اشیاء کے دیکھنے کے ناقابل بنا دیتا ہے۔ جس کی تلافی ہم مصنوعی عدسیۂ عینک کے ذریعہ کرتے ہیں۔

آنکھ کا تغذیہ ملتحمہ و طریق عنبی و مشیمی (Uveal tract) میں عروق دموی بکثرت ہوتے ہیں۔ بلکہ یوں کہنا چاہیے کہ طریق عنبی و مشیمی کلیۃً عروق دموی پر مشتمل ہے مگر طبقۂ صلبیہ میں عروق بہت کم۔ تاہم اس کی نشو و نما کے لئے کافی ہوتے ہیں۔ قرنیہ جلیدیہ و زجاجیہ میں بالکل نہیں ہوتے۔ لہٰذا ان کا تغذیہ ملحقہ نسیجوں سے ہوتا ہے۔ قرنیہ کی نشو و نما کے لئے غذائی مواد اُن عروق سے حاصل ہوتے ہیں۔ جو صلبیہ اور قرنیہ کے جائے اتصال پر پائے جاتے ہیں! اور اُن شرائین ہدبیہ مقدم Anterior ciliary arteries سے بھی حاصل کرتے ہیں۔ جو صلبیہ میں گزرتے ہوئے اس کو اپنی شاخیں دیتی ہیں۔ قرنیہ میں انسجہ کی تحلیل اس قدر خفیف ہوتی ہے کہ اگر اس کے محیطی حصے کے عروق کو کئ حدید (Actual cautry) سے تباہ بھی کر دیا جائے تو غالباً غرغرانا (Gangrene) نمودار

نہیں ہوتا۔ جس کا سبب یہ ہے کہ وہ تھوڑے سے عروق جو شرائین ہدبیہ مقدمہ سے قرنیہ صلبیہ کے اندر داخل ہوتے ہیں۔ اس کی نمو کے لئے کافی ہیں۔

عدسہ جلیدیہ و زجاجیہ کا تغذیہ کلیتہً مشیمیہ پر موقوف ہے۔ قرنیہ صلبیہ، عدسہ جلیدیہ اور زجاجیہ میں عروق کی کمی یا بالکل فقدان کی یہ بھی وجہ ہے کہ ان کے لئے بہت تھوڑی غذا درکار ہوتی ہے۔ اس کے علاوہ ان میں تحلیل بہت خفیف عمل میں آتی ہے۔ کیونکہ ان کا طبعی وظیفہ صرف یہ ہے کہ یہ شفاف رہیں اور ان کی صلابت قائم رہے۔ اسی لئے ان میں انسجہ کی شکست و ریخت تقریباً معدوم ہوتی ہے لہذا ان کی تحلیل بھی برائے نام ہوگی۔ انعطافی واسطوں کے لئے ضروری ہے کہ ان کی شفافیت قائم رہے۔ یہی وجہ ہے کہ عروق ان کے اندر معدوم ہوتے ہیں بصری لوازم میں سے یہ بھی ہے کہ طبقہ شبکیہ شفاف ہو۔ اسی وجہ سے اس کے اندر عروق بہت کم ہوتے ہیں مگر اس طبقہ کے تغذیہ کے لئے سب سے زیادہ مواد غذائی کی ضرورت ہوتی ہے جس کی خانہ پری محض اس کے اندر کے عروق نہیں کر سکتے۔ لہٰذا طبقہ مشیمیہ کے عروق اس کمی کو پورا کرتے ہیں شبکیہ کے عروق اس کے اندرونی طبقات میں ہوتے ہیں۔ اور مشیمیہ کے عروق شعری جال کی صورت میں شبکیہ کے باہر کی طرف پائے جاتے ہیں۔ گویا اس طرح شبکیہ کے اندرونی طبقات اپنے اندر کے عروق سے اور بیرونی طبقات مشیمیہ کے شعری عروقی جال سے تغذیہ حاصل کرتے ہیں۔ مگر یہ دونوں نظام علیحدہ علیحدہ اس قابل نہیں کہ انفرادی طور پر کسی ایک سے شبکیہ کا مکمل تغذیہ ہو سکے۔ اس لئے دونوں کو مجموعی حیثیت سے کام کرنا پڑتا ہے۔ ان ہر دو نظام کے مرضی عوارض کا اثر شبکیہ پر پڑتا ہے۔ چونکہ شبکیہ کے عروق مختتمہ (Endarteries) کہلاتے ہیں یعنی ان کا اتصال نہ تو کسی دوسری شریان سے ہوتا ہے اور نہ آپس میں لہذا اس مقام پر کسی قسم کے دوران خون کی خرابی کی اصلاح کسی دوسرے طریق پر ناممکن ہے۔ یہی وجہ ہے کہ یہاں اگر کسی وجہ سے ایک شریان بھی بند ہو۔ تو اس کے متعلقہ شبکیہ کا تغذیہ بند ہو کر اس مقام پر شبکیہ کے طبعی وظیفہ میں خلل واقع ہو جاتا ہے۔ ہدبی شرائین بھی چونکہ شبکیہ کے شرائین کا کوئی تواصل نہیں۔ لہذا یہ بھی شبکیہ کے دوران خون میں کوئی مدد نہیں کر سکتیں۔ ان مشکلات اور اپنی مخصوص ساخت کی بنا پر شبکیہ باوجود ہر چہار طرف سے محفوظ ہونے کے امراض کا جلد شکار ہو جاتا ہے۔ اس کے برعکس مشیمیہ میں عروقی تواصل اس قدر کثیر ہے کہ یہ طبقہ بآسانی ان امراض کا مقابلہ کر سکتا ہے جن کا تعلق دوران خون کی خرابیوں سے ہو۔ اسی لئے عروق کے اندر سدہ یا تخثر کی حالت میں شبکیہ کے اندر نہایت خطرناک نتائج رونما ہوتے ہیں۔ اور مشیمیہ ان سے محفوظ رہتا ہے۔ وریدی نظام کے متعلق یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ اوردہ دوامہ (Venae vorticosae) میں طبقہ مشیمیہ کے اندر اگر دوران خون میں کوئی رکاوٹ پیش آئے تو اوردہ ہدبیہ مقدمہ اس کمی کو پورا کرنے کی کوشش کرتی ہیں۔ مشیمیہ کے دوران خون میں جو کمزوری ہے وہ اس کے اوردہ

باہر نکلنے کی تنظیم سے تعلق رکھتی ہے۔ مشیمیہ کا سارا خون تقریباً اوردہ دوامہ کے ذریعہ باہر نکلتا ہے۔ اگر ان میں کسی قسم کی رکاوٹ ہو۔ تو اس کمی کو پورا کرنے کے لئے کافی وسائل نہیں ہوتے۔ لہذا تو ترعین بڑھ جاتا ہے۔

مشیمیہ کے اندر دوسرے مقامات پر وریدی جال کے مقابلہ میں ان اوردہ کی تعداد کم ہوتی ہے۔ ان اوردہ دوامہ کے لئے خط استوا پر ایک خاص شکل یہ بھی ہے کہ آنکھ کے پچھلے نصف حصہ کا خون ان کے اندر بجائے سیدھا داخل ہونے کے پیچھے سے آگے کی طرف داخل ہوتا ہے اور یہ وریدیں صلبیہ میں سے گزرتی ہوئی خود بھی ترچھی واقع ہوتی ہیں اور صلبیہ بالکل پھیل بھی نہیں سکتا۔ اس لئے خون کی نکاسی میں اس کے اندر رکاوٹ پیدا ہوسکتی ہے۔

انسجہ میں عروق کی عدم موجودگی کے اثرات شفاف واسطوں کا عروق دموی سے خالی ہونا اوام بصری میں کہ ہے۔ مگر کبھی عروق کی عدم موجودگی سے بُرے نتائج بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔ طبعی حالت میں عروق دمویہ کے نہ ہونے کے باوجود قرنیہ کا تغذیہ مناسب طور پر ہوتا رہتا ہے۔ مگر مرضی حالت میں بشرہ کے ضایع ہونے پر جب جراثیمی حملہ ہوتا ہے تو جسم انسانی اپنی محافظت کے لئے فادیمی Antitoxic اجزا اور قاتل جراثیم (Bacterial) مواد کے ذریعہ حملہ کی مدافعت کرتا ہے۔ یہ اجزا جسم میں پہلے سے موجود ہوتے یا عدوی (Infection) کے بعد فوراً ہی بطور ردعمل کے پیدا ہو جاتے ہیں۔ اگر کسی ایسی ساخت پر جراثیمی حملہ ہو۔ جس کے اندر عروق دموی بہت زائد ہوں۔ مثلاً ادمہ (Dermis) تو شعری جال کی قربت کی وجہ سے خون کا اثر وہاں پر نمایاں ہوتا ہے اور جراثیمی حملہ کا استیصال بہت جلد ہو جاتا ہے۔ مگر یہ بات اُن انسجہ میں نہیں ہوتی۔ جہاں عروق دموی نہیں ہوتے۔ قرنیہ کی نسیجی رطوبت میں فادیمی اجزا نہیں ہوتے۔ اسی لئے حملہ آور جراثیم آہستہ آہستہ قرنیہ کے اندر نشو و نما پاتے رہتے ہیں اور ان کی سمیت اس قدر بڑھ جاتی ہے کہ وہ قرنیہ کے محیطی حصے میں پہونچ کر عروق میں جذب ہو جاتی ہے اور ان کو منبسط کر دیتی ہے اور التہابی ردعمل کا آغاز ہو جاتا ہے۔ اس وقت خون کے قاتل جراثیمی یا فادیمی اجزاء عروق میں سے نکل کر قرنیہ میں آنا شروع ہوتے ہیں۔ کریات اکالہ (Phago ovts) بھی مقام ماؤف میں عروق سے باہر نکل کر جمع ہوتے ہیں۔ تاکہ مدافعت تامہ حاصل ہوسکے۔ جس قدر یہ ماؤف مقام مرکز قرنیہ کے قریب ہوتا ہے۔ اسی قدر تدابیر ضد جراثیمی کے لئے فاصلہ زیادہ ہوتا ہے۔ اور اسی قدر قرحہ خراب خطرناک صورت اختیار کرتا ہے۔

سطحی ضربات کے اثرات یا عدوی جراثیمی سے پیدا شدہ قروح جو قرنیہ کے محیطی حصے میں ہوتے ہیں بہت جلد اچھے ہو جاتے ہیں۔ کیونکہ عروق دموی جن سے اندمال کی کارروائی عمل میں آتی ہے۔ ماؤف مقام سے بہت نزدیک ہوتے ہیں۔ قرنیہ کی ساخت

مستحکم ہونے کے باوجود اس کے اندر قروح جلد پیدا ہوتے ہیں۔ اس کی وجہ یہی ہے کہ قرنیہ عروق سے خالی ہے۔ اس کے زخم نہایت آہستہ آہستہ مندمل ہوتے ہیں۔ ان میں عدوی جراثیم بہت جلد ہوتا ہے۔ کیوں کہ ان چیزوں کے استیصال کا اس میں معقول انتظام نہیں۔ عروق کی عدم موجودگی کی وجہ سے قرنیہ کی حرارت طبعی بھی کم ہوتی ہے۔ حرارت کے کم ہونے کی دوسری وجہ یہ بھی ہے کہ قرنیہ کی سطح سے رطوبت دمعی بخارات بن کر اڑتی رہتی ہے۔ جس کی وجہ سے زیادہ گرمی ضائع ہوجاتی ہے۔ لیکن جلدی سطح میں معاملہ اس کے برعکس ہے۔ کیوں کہ شعری جال کے ہونے سے وہاں کی ضائع شدہ گرمی اس سے پھر حاصل ہوجاتی ہے مگر قرنیہ میں عروق موجود نہ ہونے کی وجہ سے یہ کمی پوری نہیں ہوسکتی۔ اسی وجہ سے کھلی ہوئی آنکھ کی قرنیہ میں حرارت صرف ۳۰ درجہ سنٹی گریڈ ہوتی ہے۔ خوش قرنیہ کی ساخت خاص طور پر دبیز نہیں ہوتی۔ اس لئے حرارت کی کمی کا اثر خزانۂ مقدم پر بھی ہوتا ہے اور یہاں کی حرارت ۳۲ درجہ سنٹی گریڈ ہوتی ہے۔ زجاجیہ کے اندر البتہ درجۂ حرارت ۳۵ - ۳۶ تک ہوتا ہے۔ اگر آنکھ کو بند کرلیا جائے تو بخارات کی تصعید رک جاتی ہے۔ اور اجفان گرمی کے اخراج کو روکتی ہیں۔ اس وقت ملتحمہ کے اندر درجۂ حرارت ۳۵ - ۳۶ سنٹی گریڈ ہوجاتا ہے۔ کبھی اس گرمی کی کمی کی وجہ سے فطری اجسام (Fungi) اس میں پیدا ہونا شروع ہوجاتے ہیں۔ جن کی نشو ونما دوسری جگہ حرارت کی زیادتی کی وجہ سے نہیں ہوتی۔ یہ فطری اجسام التہاب قرنیہ بھی پیدا کرسکتے ہیں۔

قرنیہ و عدسۂ جلیدیہ کا تغذیہ

قرنیہ و عدسہ کے ملحقہ عروق سے جب سیال رطوبت چھن کر تغذیہ کے لئے باہر آتی ہے تو ان ساخت کے اندر جذب ہوتی رہتی ہے۔ علاوہ ازیں نمکیات و لحمی اجزا بھی بشرۂ باطنہ کے اندر سے گزر کر ان کی نسیج خلوی میں پہونچ جاتے ہیں۔ مگر رطوبت مائی کے اندر ان اجزا کی مقدار بہت کم ہونے کی وجہ سے قرنیہ کے تغذیہ میں اس عمل سے کوئی فائدہ نہیں ہوتا۔ اس کے برعکس عدسہ اپنی غذا رطوبت مائی سے خاص طور پر اور رطوبت زجاجیہ سے کسی قدر کم حاصل کرتا کیوں کہ ان دونوں رطوبتوں کے محلول اجزا غلاف عدسی کے ذریعہ جذب ہوکر اس کے اندر پہنچ جاتے ہیں۔

عدسہ جلیدیہ کے اندر کسی قسم کی لمفاوی قناۃ بالکل نہیں پائی جاتی۔

جو اجزا رطوبت مائی میں محلول ہوتے ہیں قرنیہ کے اندر جذب ہوجاتے ہیں۔ مگر خود رطوبت مائی اس کے اندر نفوذ نہیں کر پہلے ماہرین کا خیال تھا کہ رطوبت مائی چھن کر قرنیہ کے اندر داخل ہوتی ہے مگر بعد کی تحقیقات سے ثابت ہوا کہ یہ خیال غلط کیوں کہ بشرہ باطنہ کے خلیات جن پر قرنیہ کا مؤخر طبقہ مشتمل ہے۔ اس عمل کو روکتے ہیں اگر اس غلافی بشرہ کو مصنوعی طور پر الگ کر تو قرنیہ کے اندر رطوبت مائی داخل ہونے کی وجہ سے فوراً سحابی کیفیت پیدا ہوجاتی ہے۔ یہی کیفیت ان مرضی حالات میں بھی ہو

جن میں کسی جگہہ بشرہ باطنہ ماؤف ہو جائے یا اس کو کوئی صدمہ پہونچ جائے ۔ خلاف عدسی کے خلیات بھی یہی خدمت انجام دیتے ہیں یعنی عدسے کے اندر رطوبت دمی کو داخل ہونے سے روکتے ہیں ۔

اپنی مخصوص انجذابی کیفیت کی وجہ سے رطوبت مائی میں حل شدہ اجزاء قرنیہ کے اندر جذب ہوتے ہیں اسی طرح رطوبت دمی میں جو اجزاء حل شدہ ہوں وہ بھی قرنیہ سے گذر کر رطوبت مائی تک پہونچ جاتے ہیں مصنوعی طور پر اس عمل انجذاب سے بھی (خصوصاً ان ادویہ کے ذریعہ جو عنبیہ پر انبساطی یا انقباضی اثر رکھتی ہیں) معالجہ میں کام لیتے ہیں ۔ اگر آنکھ میں ایک فی صدی ایٹروپین محلول کے چند قطرے ڈالے جائیں تو حدقہ انبسط پھیل جاتا ہے جس سے ثابت ہوتا ہے کہ محلول رطوبت دمی کے ذریعہ قرنیہ کے پرتوں میں سے گذر کر خزانۂ مقدم میں پہونچ گیا اگر قرنیہ کے مقدم پرتوں میں کوئی جراثیمی عدوی موجود ہو تو اس کے محرش اجزاء یقیناً خزانۂ مقدم میں نفوذ کر جائیں گے اور وہاں پہونچ کر عنبیہ پر خراش پیدا کریں گے جس سے عنبیہ میں احتقانی اور التہابی کیفیت پیدا ہو سکتی ہے ۔ چنانچہ یہ کیفیت التہاب قرنیہ میں نتیجے کے طور پر اس کے ساتھ ساتھ پیدا ہوتی ہے ۔

طریق عنبی و مشیمی کا فعل

زوائد ہدبیہ سے رطوبت مائی مترشح ہوتی ہے جس سے عدسہ جلیدیہ اور قرنیہ کو کم اور زجاجیہ کو زیادہ غذا پہونچتی ہے ۔ ان کا پچھلا حصہ زجاجیہ کو غذا پہونچاتا ہے شبکیہ بھی کسی حد تک ان سے غذا پاتا ہے کیونکہ مسلسل کام کرنے کی وجہ سے شبکیہ میں تحلیل زیادہ ہوتی ہے ۔ اسی لئے مشیمیہ کے ذمہ اس کے موخر پرتوں کا تغذیہ ہے ۔ مشیمیہ میں اس غرض کے لئے خاص عروقی نظام ہے ۔ بڑے عروق کی دیواروں میں چوں کہ غذا باہر نہیں جا سکتی ۔ اس لئے مشیمیہ کے اندر بڑے عروق اس حصہ میں ہوتے ہیں جو شبکیہ سے دور ہوتا ہے مگر اس کے خلاف شعری جال ایک تہ کی صورت میں شبکیہ سے بالکل ملحق ہوتا ہے

لمفاوی دوران

آنکھ کے لمفاوی دوران کے ضمن میں آنکھ کے اندر غذائی اجزاء کے داخل اور اس سے خارج ہونے کے متعلق بحث کرنا نہایت ضروری ہے ۔

آنکھ کے اندر سیال رطوبات تقریباً بلکلیۃ "طریق ہدبی و مشیمی" کے ذریعہ داخل ہوتی ہیں ۔ اور تمام انسجہ میں ان رطوبات کی موجودگی کے علاوہ ان کا بڑا خزانہ رطوبت مائی کی صورت میں خزانۂ مقدم و موخر کے اندر موجود رہتا ہے ۔ اس مائی رطوبت کو لمف کہنا غلطی ہے ۔ کیوں کہ اس کے اندر لمف کے مقابلہ میں اجزاء زلالی اور نمکیات کی مقدار بہت کم ہوتی ہے ۔ علاوہ ازیں آنکھ سے باہر نکالنے پر یہ رطوبت لمف کے مانند منجمد بھی نہیں ہوتی ۔ صرف مرضی حالات میں جب کہ اس کے اندر "لیفین" کی مقدار بہت زیادہ ہوتی ہے یہ منجمد ہو جایا کرتی ہے اور اس صورت میں زندہ آنکھ کے اندر بھی اس کا انجماد ممکن ہے ۔ اس رطوبت کے ترشح میں "طبقہ عنبیہ" اور

زوائد ہدبیہ حصہ لیتے ہیں۔ صرف "عنبیہ" اس کا کلیۃً ذمہ دار نہیں۔ جس کا ثبوت اس امر سے بھی ملتا ہے کہ جب ضربی یا جنینی حوادث کے ماتحت "عنبیہ" غائب ہو تو بھی "خزانۂ مقدم و موخر" اس رطوبت سے پُر رہتے ہیں اور خزانۂ مقدم کی گہرائی اپنی طبعی حالت پر قائم رہتی ہے۔ قطع نظر اس کے اگر خزانۂ مقدم سے اس رطوبت کو نکال لیا جائے تو اس کی جگہ دوسری نئی رطوبت جلد لے لیتی ہے۔

مذکورۂ بالا باتوں سے یہ نہ سمجھا جائے کہ طبقۂ عنبیہ کو اس رطوبت کے ترشح سے کوئی تعلق نہیں ہے۔ گو کہ اس کا ثبوت ہم نہیں پہونچا سکتے کہ عنبیہ کو اس رطوبت کے ترشح میں دخل ہے۔ لیکن اس میں کوئی شک و شبہ نہیں ہے کہ اس کی مقدم سطح سے کچھ نہ کچھ رطوبت ضرور مترشح ہوتی ہے۔

باوجود اس امر کے کہ ماہرین اس بارے میں متفق الرائے ہیں کہ آنکھ کے اندر سیال رطوبات کا ترشح "طریق ہدبی و مشیمی" سے ہے۔ لیکن پھر بھی طریق ترشح کے متعلق یہ مختلف الرائے ہیں۔ چنانچہ ان میں سے بعض کا خیال ہے کہ ہدبی لبشرہ اس فرض کو انجام دیتا ہے اور بعض کی رائے ہے کہ نہیں یہ صرف "بسیط ترشح" ہے یعنی صرف سیال رطوبت ان سے چھن کر باہر خارج ہوتی ہے۔ ایک گروہ ماہرین ایسا بھی ہے جو مذکورۂ بالا دونوں عمل کو اس ترشح کا ذمہ دار سمجھتا ہے۔

ماہر "پرسٹلے اسمتھ" کا خیال ہے کہ مائی رطوبت کا ترشح زوائد ہدبیہ سے ہوتا ہے اور زجاجیہ کی رطوبت کا (Orbeculus ciliaris) عضلہ محیط عنبیہ سے۔

جو رطوبت مائی "عنبیہ" سے حاصل ہوتی ہے وہ آنکھ سے باہر رباط مشطی عینی Ligamentum pectinatum کے ذریعہ خارج ہوتی ہے۔ مگر جسم ہدبی سے اس رطوبت کا جو حصہ حاصل ہوتا ہے وہ بلا واسطہ نہیں خارج ہوتا۔ کیوں کہ "حدقۂ عین" میں سے گذر کر خزانۂ مقدم میں اس کا داخل ہونا ضروری ہے۔ تاکہ خزانۂ مقدم کے زاویہ سے خارج ہو سکے۔ یہی وجہ ہے کہ جب التصاق کی وجہ سے "حدقۂ عین" مسدود (غائب) ہو جاتا ہے۔ اور عنبیہ کی موخر سطح عدسہ کی مقدم سطح سے کسی حد تک ملتصق ہو جاتی ہے تو "خزانۂ مقدم و موخر" کے درمیان تعلق قائم رکھنے والا راستہ بھی مسدود ہو جاتا ہے اور خزانۂ موخر والی رطوبت کے دباؤ سے "طبقۂ عنبیہ" خزانۂ مقدم میں ابھر آتا ہے۔ اور خزانۂ مقدم کی گہرائی کم ہو جاتی ہے۔ مگر ان تمام باتوں کے باوجود خزانۂ مقدم کی رطوبت کے باہر خارج ہونے کا راستہ اس وقت تک بند نہیں ہوتا جب تک کہ عنبیہ کا بیرونی کنارہ آگے کو بڑھ کر قرنیہ تک نہ پہونچ جائے۔ موخر الذکر صورت میں "رباط مشطی عینی" بالکل بند ہو جاتے ہیں اسی لئے آنکھ سے باہر رطوبت کا اخراج ناممکن ہو جاتا ہے۔ مگر چوں کہ عنبیہ کی مقدم سطح کے اعتبار سے "زوائد ہدبیہ" سے رطوبت مائی کا ترشح زیادہ ہوتا ہے اس لئے اس سلسلہ کو قائم رکھنے کے لئے ضروری ہے کہ خزانۂ موخر کی رطوبت

حدقۂ عین میں سے گذر کر آن خزانۂ مقدم میں پہونچتی ہے اور رباط شلی عینی کے ذریعہ باہر نکلتی بھی ہے۔ یہ عمل صرف دو طریقہ پر جاری رہ سکتا ہے۔

(۱) "زوائد ہدبیہ" سے اس رطوبت کا ترشح مسلسل ہوتا ہے۔ اور یہ رطوبت حدقۂ عین میں سے گذر کر خزانہ مقدم میں بھی داخل ہوتی ہے۔

(۲) خزانۂ موخر سے خزانۂ مقدم میں اس رطوبت کی آمد کا سلسلہ لگاتار جاری رہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ خزانۂ مقدم کی رطوبت کے دباؤ نیز عضلہ قابض حدقہ کے تناؤ سے صرف کبھی کبھی "طبقۂ عنبیہ" خزانۂ موخر کی رطوبت کے زیادہ ہو جانے کی وجہ سے ہٹ کر اس کو خزانۂ مقدم میں جانے کا راستہ دیتا ہے اور ایسا صرف اسی وقت ہو سکتا ہے جب کہ خزانۂ موخر کی رطوبت کا دباؤ۔ خزانۂ مقدم کی رطوبت کے دباؤ سے زیادہ ہو جائے۔ خواہ یہ دباؤ خزانۂ مقدم کی رطوبت باہر خارج ہو جانے سے بڑھ جائے خواہ خزانۂ موخر کی رطوبت کی مقدار زیادہ ہو جانے سے بڑھے۔ مذکورہ دونوں حالتیں اس میں ممد ہوتی ہیں۔

رطوبت مائی میں ان اجزا کی قلت کی وجہ یہ ہے کہ عروق دموی کی دیواروں میں سے سائل کے گذرنے میں کچھ تو ان عروق کی دیواریں ان اجزار کو روک لیتی ہیں اور کچھ جسم ہدبی کے بشری خلیات مخصوص طور پر اسی کام کو انجام دیتے ہیں۔ عجیب بات ہے کہ ان اجزا کے ساتھ جسم میں قدرتی محافظ اجزا جو کہ مرض کی حالت میں بڑھ جاتے ہیں وہ اس رطوبت کے ساتھ شامل ہو کر آنکھ کے اندر داخل نہیں ہوتے۔ رطوبت مائی میں ان اجزا کی کمی قرنیہ میں جراثیمی تعدی کا امکان بڑھا دیتی ہے مگر التہابی خراش اور عروق کے انبساط کی وجہ سے اس رطوبت میں صرف زلالی اجزا اور لیفین ہی نہیں بڑھتی بلکہ محافظ اجزار کی بھی کافی مقدار بڑھ جاتی ہے یعنی اس مذکورہ طریقہ پر التہاب کی وجہ سے اس رطوبت کے ترشح میں خاص تغیر پیدا ہو جاتا ہے۔ جس کی وجہ سے مضر اثرات رفع ہو جاتے ہیں۔

رطوبت مائی کی مترشح مقدار کے متعلق زمانۂ سابقہ میں مبالغہ سے کام لیا جاتا تھا جس کی وجہ یہ تھی کہ آنکھ میں سے اس کو خارج کرنے کے بعد خزانہ مقدم دوبارہ بھر جاتا ہے مگر اب تجربات سے معلوم ہو چکا ہے کہ ایک مرتبہ خزانۂ مقدم کو خالی کرنے کے بعد جب یہ دوبارہ بھرتا ہے تو اس کے اندر رطوبت مائی میں طبعی حالت سے مختلف اجزا پائے جاتے ہیں یعنی اس وقت اس میں لیفین اور زلالی اجزا کی مقدار زیادہ ہوتی ہے۔

عمل تقب قرنیہ سے تو ترعینی بہت کم ہو جاتا ہے اور عروق کے اندر خون پہلے سے زائد مقدار میں آجاتا ہے۔ کیوں کہ دباؤ کم ہونے کی وجہ سے عروق منبسط ہو جاتے ہیں اور ایسی صورت میں ان عروق سے جو رطوبت خارج ہوتی ہے اس کے اندر لیفین اور

زلالی اجزا زیادہ مقدار میں پائے جاتے ہیں۔ علاوہ ازیں توتر کی کمی کی وجہ سے زوائد ہدبیہ کے اوپر بشری خلیات ثبور کی صورت میں سطح سے اوپر اٹھ جاتے ہیں۔ کیوں کہ دموی عروق سے رطوبت کا ترشح بڑھ جاتا ہے۔

مذکورہ بالا عمل کے بعد محافظ اجزا بھی اس رطوبت میں شامل ہو کر خارج ہونے لگتے ہیں۔ دوسرے الفاظ میں اس کا مطلب یہ ہوا کہ اس عمل کے بعد قرنیہ کا تغذیہ بہتر ہو جانے کے علاوہ ان محافظ اجزا سے مرض میں بھی فائدہ پہونچتا ہے۔ گویا کہ مصنوعی طریقہ ہم توتر کو کم کرکے ترشح کے حالات میں تبدیلی پیدا کر دیتے ہیں۔ مگر اس عمل کی انجام دہی کے بعد طبعی رطوبت مائی کے ترشح کے متعلق کوئی نتیجہ اخذ کرنا ایک غلطی ہوگی۔ کیوں کہ طبعی حالات میں اس رطوبت کا ترشح بہت آہستہ آہستہ ہوتا ہے۔

”ماہر لیبر“ (Leber) کی تحقیقات کے مطابق رطوبت مائی خزانہ مقدم سے کلیۃً خارج کر دینے کے بعد ۴۵ منٹ میں از سر نو بھر جاتی ہے۔

دوسرے ماہرین کا خیال ہے کہ اس کا اخراج نہایت سست ہوتا ہے چنانچہ بعض کا یہ بھی خیال ہے کہ یہ اخراج اس قدر سست ہوتا ہے کہ نہ ہونے کے برابر ہے۔

رطوبت لمفاوی کا اخراج۔ ظاہر ہے کہ آنکھ سے رطوبت کا اخراج اسی قدر ہونا چاہئے جس قدر کہ وہ آنکھ میں مترشح ہو۔ تاکہ توتر عینی ایک ہی حالت پر قائم رہ سکے۔ اخراج کے راستے کے متعلق پہلے یہ ذہن نشین کر لینا چاہئے کہ آنکھ اور محجر دونوں میں لمفاوی عروق نہیں ہوتے۔ آنکھ کے اندر صرف ملتحمہ ایک ایسی نسیج ہے جس میں لمفاوی عروق پائے جاتے ہیں۔ لہذا اس رطوبت کا اخراج صرف لمفاوی تجاویف کے ذریعہ عمل میں آسکتا ہے۔ آنکھ کی لمفاوی تجاویف کے متعلق ہم کو تشریحی حیثیت سے معلومات حاصل ہو چکی ہیں یعنی یہ وہ تجاویف ہیں جو بشرۂ باطنہ سے پوشیدہ ہوتی ہیں۔ لیکن یہ بات تمام ان انسجہ کی تجاویف میں نہیں پائی جاتی جن کے اندر لمفاوی رطوبت بہتی ہے۔

مذکورہ باتوں سے قطع نظر کرتے ہوئے آنکھ کے انسجہ میں کیمیاوی اجزا اور رنگین مواد کی تلقیح سے بھی کسی حد تک ہم اس کو سمجھنے کی کوشش کرتے ہیں۔

مثلاً خزانہ مقدم میں اگر ”پرشین بلیو“ (Prussian Blue) کا محلول تلقیح کر دیا جائے تو تلقیح کے تھوڑی دیر بعد ہم کو یہ رنگ رباط مشطی عینی سے گذر کر قناۃ شلیم میں ملتا ہے اور وہاں سے ہوتا ہوا وردہ ہدبیہ تک پہونچتا ہے۔

لمفاوی مقدم نالیاں (راستے) آنکھ کی لمفاوی نالیاں دو حصص میں منقسم ہیں (۱) مقدم (۲) موخر۔

مشطی رباط سوراخ دار طبقات کے ایک دوسرے پر منطبق ہونے سے ایک طرح کا فلٹر (Filter) بناتا ہے۔ جس میں سے بڑے بڑے خلوی اجزا مثلاً سرخ کیسے وغیرہ نہیں صرف سیال رطوبت اور باریک ذرات خارج ہوتے ہیں۔ آج کل کے مسلمہ اصول کے مطابق یہ رطوبات رباط مشطی عنبی میں سے گذر کر "قناۃ شلیم (Schlemm's canal)میں داخل ہوتی ہیں اور یہاں سے اوردہ ہدبیہ میں پہونچتی ہیں۔ کیوں کہ اوردہ ہدبیہ اور قناۃ شلیم کے درمیان اتصالات قائم ہوتے ہیں۔ اس لئے قناۃ شلیم اور اوردہ ہدبیہ کے ذریعہ لمفاوی رطوبت کی بڑی مقدار آنکھ سے خارج ہو جاتی ہے۔

آنکھ کی رطوبت کو باہر خارج کرنے کا چوں کہ رباط مشطی ہی ایک بڑا ذریعہ ہے لہٰذا اس کے اندر خرابیاں پیدا ہونے سے بڑے خطرناک حالات پیدا ہو سکتے ہیں۔

یعنی اس راستے کے بند ہو جانے سے آنکھ کے اندر سے سیال رطوبت باہر کو نہیں خارج نہیں ہو سکتی۔ اسی وجہ سے "تو تر عینی" بڑھ جاتا ہے جو بالآخر اندھاپن پیدا کرتا ہو۔ ذیل کے مختلف حالات میں رباط مشطی کے فلٹر میں خرابی پیدا ہو سکتی ہے۔

(۱) رباط مشطی عنبی کے باریک سوراخ خلوی اجزا سے پُر ہو کر یا انجماد دم کی وجہ سے بند ہو جائیں۔

(۲) ان سوراخوں کی ساخت سخت ہو جائے اور یہ بند ہو جائیں عام اس سے کہ اس کا باعث التہاب ہو یا عینی انسجہ کا قیام۔

(۳) خزانہ مقدم کے زاویہ پر "طبقہ عنبیہ" باہر کو پھول کر یا منبسط ہو کر قرنیہ پر جا لگے اور رطوبت مائی و رباط مشطی کے درمیان حائل ہو جائے۔ مذکورہ بالا تمام وجوہ سے آنکھ کا تو تر بڑھ جاتا ہے اور زرق الماء کی پیدائش کا باعث بنتا ہے۔ یہ حالت مصنوعی طور پر بھی پیدا کی جا سکتی ہے۔

آنکھ کی رطوبت کے اخراج کے لئے طبقہ عنبیہ کو ہم ایک امدادی راستہ تصور کر سکتے ہیں۔ اگر مطہر انڈیا انک محلول آنکھ کے خزانہ مقدم میں داخل کریں تو اس کے ذرات عنبیہ کے اندر پہونچ جاتے ہیں۔ اور وہاں سے عروق دمویہ میں داخل ہو کر خارج ہو جاتے ہیں۔ عنبیہ کے اندر ذرات مقدم عنبی تجاویف کے ذریعہ داخل ہو جاتے ہیں جن کے ذریعہ عنبی انسجہ خزانہ مقدم سے تعلق رکھتے ہیں

جب "قطع عنبیہ" (Iridectomy) کے بعد خزانہ مقدم خون سے بھر جاتا ہے تو خون کا جو حصہ عنبیہ پر ہوتا ہے بہت جلد غائب ہو جاتا ہے۔ مگر خلاف عدسہ والا حصہ جو کہ حدقہ عین کے اندر رہتا ہے بہت دیر میں جذب ہوتا ہے۔

بعض ماہرین کا خیال ہے کہ رطوبت مائی کا بڑا حصہ عنبیہ کے ذریعہ جذب ہو کر آنکھ سے باہر خارج ہوتا ہے یعنی عنبیہ میں سے گذر کر یہ مقدم اوردہ ہدبیہ کے غلافوں میں سے ہوتا ہوا باہر کو خارج ہو جاتا ہے۔

لمفاوی موخر نالیاں (راستے)۔ (۱) جوف خول مشیمی (Peri chrioidal space) یعنی وہ جوف جو مشیمیہ اور صلبیہ کے درمیان ہوتا ہے۔ یہ جوف ان عروق کے گرد باہر کو چلا جاتا ہے۔ جو کہ صلبیہ کے اندر سے باہر کو جاتے ہیں یعنی مذکورہ طریقہ پر یہ غلاف ٹینان (Tenon's space) سے ملحق ہوتا ہے۔ یہاں سے لمفاوی رطوبت ان تجاویف میں داخل ہوتی ہے جو عصب باصرہ کے ساتھ پائی جاتی ہیں (۳) بالائی مہبلی جوف Supra vaginal space یہ جوف عصب باصرہ کے غلاف کے اندر واقع ہوتا ہے۔ بعض ماہرین ٹینان کے جوف کو لمفاوی جوف نہیں سمجھتے۔

اور بعض مذکورہ راستوں کے علاوہ مقدم حصہ چشم میں ایک لمفاوی جوف اور بھی بتاتے ہیں جس کی تطبیق زجاجیہ کی مرکزی قناۃ سے ہوتی ہے اور جس کے اندر جنینی حالت میں شریان Hyaloid ہوتی ہے۔ مرضی حالات سے معلوم ہوتا ہے کہ اس قسم کی قناۃ ایک آنکھ میں ہوتی ہے جو زجاجیہ میں سے گذر کر عصب بصری کی قرص تک پہونچتی ہے۔ کیوں کہ آنکھ کے مقدم حصہ کے التہاب میں بھی قرص بصری ملتہب ہو جاتا ہے۔ اور اس کے باوجود اس امر کا امکان ہوتا ہے کہ آنکھ کا موخر حصہ بالکل ماؤف نہ ہو۔ لہذا اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ مخرش اجزا زجاجیہ کے اندر سے ہو کر قرص بصری تک پہونچتے ہیں۔

بہر حال ہم یہ کہہ سکتے ہیں کہ موخر لمفاوی راستوں سے لمف کی بہت خفیف مقدار آنکھ سے باہر خارج ہوتی ہے۔ رہا یہ امر کہ اس راستے کے بند ہونے کے نتائج کیا ہوتے ہیں اس کے متعلق اب تک ہم کو صحیح معلومات نہیں۔ لہذا اس کے متعلق یقینی طور پر ہم کچھ نہیں کہہ سکتے۔

"توتر عینی"

Intra ocular pressure

آنکھ کے مختلف حصص کا تناؤ یا دباؤ توتر عینی کا اگر تعلق آنکھ کے اندرونی لمفاوی دوران کے ساتھ ہے۔ آنکھ کے اندر کی ہر سہ تجاویف یعنی خزانہ مقدم۔ خزانہ موخر اور زجاجیہ کا توتر یکساں ہوتا ہے۔

ماسبق بیانات سے ظاہر ہوتا ہے کہ خزانۂ موخر کا دباؤ یا توتر خزانۂ مقدم کے دباؤ سے کسی قدر زیادہ ہونا چاہیے۔ تاکہ خزانۂ مقدم میں لمفاوی رطوبت یا رطوبت دمی کے اخراج کا سلسلہ جاری رہے۔ واقعہ بھی ایسا ہی ہے لیکن ان دونوں کے توتر میں بہت خفیف اور معمولی فرق ہوتا ہے۔

ان دونوں تجاویف اور زجاجیہ کے توتر میں فرق کی زیادتی ممکن ہے۔ کیوں کہ عدسہ اور اس کی زنار گو کہ ایک پردہ کا کام دیتے ہیں لیکن توتر کے زیادہ ہونے سے خواہ یہ زیادتی آگے ہو یا پیچھے کو ہر دو صورتوں میں یہ غلاف یا پردہ (عدسہ اور اس کی زنار) آگے اور پیچھے کو ہو سکتا ہے۔ قطع نظر اس کے یہ پردہ ایسا بھی نہیں ہوتا کہ اس کے اندر سے رطوبت چھن کر آر پار نہ جا سکے۔ آنکھ کی تجاویف میں سے ہر ایک کے توتر کی باہمی کمی یا زیادتی صرف مرضی حالات میں ممکن ہے جیسا کہ "عنبیہ" کے التصاقات اور "حدقہ عین" کے مسدود ہو جانے کی صورت میں خزانۂ مقدم و موخر کے توتر میں بڑا فرق پیدا ہو سکتا ہے۔ یعنی اس حالت میں خزانہ موخر کا توتر خزانۂ مقدم سے بہت زیادہ ہو جاتا ہے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ آنکھ میں عدسہ کے اگلے اور پچھلے حصہ کے توتر میں بہت زیادہ فرق ہو جائے مگر یہ اسی وقت ممکن ہو جب کہ التہاب جسم ہدبی کی وجہ سے ان دونوں حصص کا درمیانی حجاب سخت ہو جائے اور اس کے اندر سے رطوبت نہ چھن سکے۔

طبعی حالات میں توتر کی حقیقت کو بخوبی ذہن نشین کرنے کے واسطے ہم عدسہ کو نظر انداز کر دیں تو زیادہ بہتر ہے۔ کیوں کہ ایسی صورت میں ہم آنکھ کو ایک ہی جوف تصور کر سکتے ہیں جس کے اندر رطوبت بھری ہوئی ہو۔ اب ہم بآسانی یہ سمجھ سکتے ہیں کہ آنکھ ایک غلاف ہے جس کے اندر کی سیال یا نیم سیال رطوبت کا دباؤ باہر کی طرف کو ہوتا ہے۔ جس کو ہم توتر کہتے ہیں (Hydro statics یعنی قانون سکون سیالات" کے رو سے یہ دباؤ یا تناؤ ہر طرف یکساں ہونا چاہئے یعنی ہر حصہ غلاف پر یکساں پڑنا چاہئے۔ دوسرے الفاظ میں اس کا مفہوم یہ ہے کہ ایک مخصوص رقبہ پر اس دباؤ کا خاص وزن کے ساتھ تطابق ہوگا۔ ہم یہ بھی کہہ سکتے ہیں کہ قرنیہ کے ایک مربع ملی میٹر رقبہ پر اندر کی طرف سے جو دباؤ یا تناؤ پڑتا ہے وہی صلبیہ کے اتنے ہی حصہ پر ہوتا ہے۔

توتر کو ایک حالت پر قائم رکھنے یا بڑھانے گھٹانے کے اسباب۔ توترعینی کا انحصار اس تناسب پر ہے جو آنکھ کی تجویف کے حجم اور اس کے اندرونی اجزاء کے درمیان ہوتا ہے یعنی جب حجم چھوٹا ہو جائے یا اس کے اندر کے اجزاء کی مقدار بڑھ جائے تو توترعینی بھی بڑھ جائے گا۔ اور اگر حجم بڑا ہو اور اس کے اندر کے اجزاء کی مقدار کم ہو جائے تو توترعینی بھی کم ہو جائے گا۔

آنکھ کے اندر کا حجم یا اس کی خلاء کا رقبہ "صلبیہ" و "قرنیہ" کی شکل اور اس کے رقبہ پر منحصر ہے۔ علاوہ ازیں اس کی لچک پر بھی اس کا انحصار ہوتا ہے طبعی حالات میں گو کہ اس کے اندر معمولی تبدیلیاں لاحق ہو سکتی ہیں۔ تاہم وہ کچھ اہمیت نہیں رکھتیں اور ان کو ہم نظر انداز کر سکتے ہیں۔ توترعینی میں جن وجوہ سے تبدیلیاں ہوتی ہیں۔ ان کو ذیل میں ذکر کیا جاتا ہے۔

(۱) آنکھ کی تجویف میں اس کے اندرونی اجزاء کی مقدار کی کمی بیشی۔ مثلاً جب قرنیہ میں سوراخ کر کے رطوبت مائی نکال لی جائے تو توترعینی یکایک بہت کم ہو جاتا ہے۔

آنکھ کے اندرونی اجزا جن کی مقدار کم و بیش ہو سکتی ہے۔

(۱) رطوبت مائی (۲) رطوبت زجاجی (۳) اُس خون کی مقدار جو آنکھ کے اندر عروق میں دورہ کرتا ہے۔ ان عروق کے ضغط دموی کے بڑھنے یا کم ہونے پر توترعینی میں زیادتی یا کمی ہو جاتی ہے۔

اصولی حیثیت سے یہ بھی تسلیم کر لینا چاہیے کہ آنکھ کے اندر کے دموی عروق کا ضغط۔ توترعینی سے کسی قدر زائد ہونا چاہیے۔ ورنہ شریانی خون آنکھ کے اندر دورہ نہ کر سکے گا۔ جب آنکھ کے اندر عروق کا ضغط دموی ختم ہو جاتا ہے (جیسا کہ موت میں) تو توترعینی فوراً کم ہو جاتا ہے۔

آنکھ کے اندرونی عروق کے چھوٹا ہونے کی وجہ سے شریانی ضربان اس قدر ضعیف ہوتا ہے کہ اس کا توازن آنکھ کے طبقات کی لچک کے برابر ہو جاتا ہے۔

یہ بھی یاد رکھنا چاہیے کہ ضغطِ دموی کی مستقل اور بڑی تبدیلی آنکھ کے توتر پر عارضی اثر ڈالتی ہے۔ یہ اثر عارضی اس وجہ سے ہوتا ہے کہ آنکھ کا اندرونی نظام اس توازن کی تبدیلی کو جلد درست کر دیتا ہے۔

طبعی حالت میں توترعینی کی تبدیلیاں باہر کے دباؤ سے بھی پیدا ہو سکتی ہیں۔ مثلاً جب مقلہ عین کو باہر سے دبایا جائے تو توترعینی بڑھ جاتا ہے اور جس قدر یہ دباؤ زیادہ ہوتا ہے اُسی قدر توتر میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ جب ایک انگلی سے مقلہ عین پر دباؤ بڑھاتے جائیں اور اسی وقت آنکھ کا معائنہ منظار العین کے ذریعہ کریں۔ تو معلوم ہوگا کہ جب باہر کا دباؤ ایک خاص حد پر پہنچتا ہے تو شرائین خون سے خالی ہو جاتی ہیں یعنی اس طرح دبا کر ہم توتر کو اس قدر بڑھا دیتے ہیں کہ وہ عروق دموی دمرکزی شریان اور اُس کی شاخوں کے ضغط دموی سے بڑھ جاتا ہے۔ گویا کہ یہ عروق توترعینی کی زیادتی کی وجہ سے دب جاتے ہیں۔

طبعی حالات میں بھی عضلات چشم کے انقباضی دباؤ کی وجہ سے "مقلۂ عین" پر دباؤ پڑتا ہے۔ خصوصاً جب کہ "عضلۂ محیط جفنی" کا انقباض رونما ہو۔

مرضی حالات میں اس وقت ہم اس کو دیکھ بھی سکتے ہیں جب کہ کسی مقام پر آنکھ کے طبقات پتلے یا کمزور ہو گئے ہوں جیسا کہ قرنیہ کے زخم کے بیلٹ ہونے یا "عنبیہ" کے باہر نکل آنے کی صورت میں دیکھا جاتا ہے۔ یہ مقامات توتر کی زیادتی یا کمی سے باہر کو نکل آتے ہیں یا اندر کو دب جاتے ہیں۔

علیٰ ہذا القیاس پلانے یا کھانسنے کی صورت میں جب اجفان منقبض ہوں تو یہ مقامات بہت زیادہ پھول جاتے ہیں۔ اور کبھی پھٹ بھی جاتے ہیں۔ مقاٗ عین جس قدر زیادہ نمایاں ہوگا۔ اسی قدر عضلات مستقیمہ اور عضلہ جفنی کا دباؤ اس کے اوپر زیادہ ہوگا یہی وجہ ہے کہ ابھرے ہوئے مقاعین کی صورت میں تیّھ تیاپند کا آپریشن زیادہ خطرناک ہوتا ہے۔ کیوں کہ ان آنکھوں کی زجاجیہ خفیف دباؤ ڈالنے پر بھی فوراً باہر نکل آتی ہے۔

باہر سے آنکھ پر دباؤ ڈالنے سے چوں کہ آنکھ کے اندر سے رطوبت کا اخراج زیادہ ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے دباؤ ہٹا لینے پر آنکھ زیادہ نرم ہو جاتی ہے کیوں کہ اس کے اندر کی رطوبت کم ہو جاتی ہے۔ اور باہر سے دباؤ ڈالنے سے خواہ وہ مالش کے ذریعہ ہو یا دباؤ والی پٹی کے ذریعہ ہر صورت میں عارضی طور پر توتر عینی کم ہو جاتا ہے۔ "ماہر گریڈل" (Gradle) کا اندازہ ہے کہ یہ کمی ۹، ۸ ملی میٹر سیمابی تک ہو سکتی ہے۔

جب رطوبات کا اخراج آنکھ سے باہر کی طرف کم ہو جیسا کہ زرق الماء یا اس مرض کے لئے مستعد آنکھوں میں ممکن ہے، تو باہر سے دباؤ ڈالنے پر یہ کمی بہت کم نمایاں ہوتی ہے۔ اس دباؤ کو ہم دواؤں سے بھی پیدا کر سکتے ہیں۔

قابض حدقہ ادویہ۔ جن کے متعلق ہم کو معلوم ہے کہ وہ زرق الماء والی آنکھوں کے توتر کو کم کرنے کی غرض سے استعمال کی جاتی ہیں اور باسط حدقہ ادویہ زرق الماء کی استعداد رکھنے والی آنکھوں میں یہ مرض پیدا کر سکتی ہیں۔

طبعی آنکھوں میں نصف فی صدی والا ایسرین کا محلول یا پیلو کارپین کا محلول ڈالنے سے توتر عینی کم ہو جاتا ہے اور یہ کمی تین سے آٹھ ملی میٹر سیمابی تک ہو سکتی ہے۔ اور ۲ گھنٹے یا اس سے کچھ زائد عرصہ تک باقی رہتی ہے۔ کوکین محلول کے ذریعہ ایک سے چار ملی میٹر سیمابی تک اس میں کمی ہوتی ہے۔

گو یا کہ کوکین کا یہ اثر طبعی آنکھ میں ہوتا ہے ورنہ کم توتر والی آنکھوں میں یہ کمی اور بھی زائد ممکن ہے مگر زرق الماء کی حالت میں کوکین محلول باسط حدقہ ہونے کی وجہ سے توتر کو بڑھا دیتا ہے۔

ایپی نفرین سے بعض اوقات توتر بڑھ جاتا ہے۔ مگر کوکین ملا کر اگر اس دوا کو استعمال کیا جائے تو توتر عینی کم ہو جاتا ہے۔ زرق الماء میں عموماً یہ دوا حدقہ کو منبسط کرتی ہے۔ مگر توتر کو نہیں بڑھاتی۔

زیر ملتحمہ تلقیحات سے بھی توتر بڑھ جاتا ہے اور اس کی یہ زیادتی کچھ عرصہ تک رہتی ہے۔

توتر عینی کا توازن۔ گو کہ ضغط دموی کی مستقل تبدیلی اور عضلات چشم کا انقباض توتر عینی پر اثر انداز ہوتے ہیں۔ تاہم ان کی

وجہ سے اس میں نہایت معمولی تغیر ہوتا ہے اور تقریباً یہ یکساں ہی رہتا ہے۔ قطع نظر اس کے آنکھ کے اندر خود ہی توازن قائم ہو جاتا ہے کیونکہ دباؤ کے گھٹنے بڑھنے کے ساتھ آنکھ کے اندر سے رطوبت کا اخراج کم و بیش ہوتا رہتا ہے۔ جس کی وجہ سے اندرونی تو تر کا توازن قائم رہتا ہے۔

آنکھ کے اندر سے رطوبت کے جلد یا دیر میں خارج ہونے کا تعین عام فلٹروں کے مطابق اس کے دونوں طرف دباؤ پر منحصر ہے۔ اس لئے جب بیرونی دباؤ یا اندرون چشم رطوبت کے جمع ہو جانے سے آنکھ کے اندر تو تر بڑھ جاتا ہے تو رطوبت مائی باہر کو زیادہ خارج ہوتی ہے اور جب یہ اندرونی دباؤ کم ہو جاتا ہے تو کم نکلتی ہے اس لئے آنکھ کے اندر کا توازن نہایت آہستہ آہستہ قائم ہوتا ہے اس کے علاوہ باہر کا دباؤ بڑھنے یا کم ہونے سے آنکھ کے اندر عروق پر بھی اثر ہوتا ہے جس کی وجہ سے بالواسطہ رطوبت کا ترشح بھی حسب حالات کسی قدر رک جاتا ہے یا زیادہ ہو جاتا ہے۔

اگر تو تر عین بڑھ جائے تو آنکھ کے اندر خون کم داخل ہوتا ہے۔ اور چونکہ عروق خون سے کم ممتلی ہوتے ہیں اس لئے آنکھ کے اندر سے رطوبت کا اخراج بھی کم ہوتا ہے اس کے برعکس جب آنکھ کا تو تر کم ہو جائے تو آنکھ کے اندر رطوبت مائی کا اخراج نمایاں طور پر ہوتا ہے۔ وجہ اس کی یہ ہے کہ عروق منبسط ہو جاتے ہیں تو تر عین عروق کے ضغطہ دموی کو کسی طرح نہیں روکتا۔ بلکہ صرف عروق کی دیواریں اس کو قائم رکھنے کی ذمہ دار ہوتی ہیں اور وہ چونکہ کافی طاقتور نہیں ہوتیں اس لئے پھیل جاتی ہیں۔ عروق کے انبساط کی وجہ سے رطوبت کا ترشح زیادہ ہوتا ہے جو بالآخر تو تر کو طبعی حالت میں لانے کا باعث بنتا ہے۔ اس توازن کی بنا پر ہم کہہ سکتے ہیں کہ عدسے کے نکل جانے کے بعد آنکھ زیادہ نرم نہیں ہوتی کیونکہ عدسہ کی جگہ رطوبت لے لیتی ہے۔ علیٰ ہذا القیاس اگر موتیا بند والا عدسہ حجم میں بہت بڑا ہو تو اس وقت آنکھ بہت سخت نہیں ہوتی کیونکہ اس صورت میں رطوبت مائی نسبتاً کم ہو جاتی ہے۔ مذکورہ بالا امور سے آنکھ کے اندر توازن کے قیام کی توضیح بخوبی ہو جاتی ہے۔

سابقہ طریق توازن کے علاوہ (Osmotic) عمل انجذاب بھی اس توازن کو قائم رکھنے کا ذمہ دار ہوتا ہے مثلاً جب خون میں نمکیات کی مقدار زیادہ ہو جائے یعنی خون کا ضغطہ انجذابی بڑھ جائے تو پانی آنکھ کے اندر کم ہو کر خون میں شامل ہو جاتا ہے جس کی وجہ سے آنکھ نرم ہو جاتی ہے دیہ عمل مصنوعی طور پر اور وہ میں نمک کی تلقیحات سے حاصل کیا جا سکتا ہے۔ اگر غلاف شیان میں ہم کمزور کردہ حامض کی تلقیح کریں تو صلبیہ پھول جاتا ہے اور اس صورت میں اندر کا خون کم ہو جانے کی وجہ سے تو تر عین بڑھ جاتا ہے۔ تو تر عین پر کسی قدر اعصاب کا اثر بھی ہوتا ہے یعنی عصب خامس۔ بجمی اور شرکی

اعصاب کی تحریک سے تو ترعین بڑھ جاتا ہے اور ان کو قطع کرنے سے تو ترعین کم ہو جاتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ شری عقدہ عنقی کو کاٹ کر نکال دیا تو ترعین کے بڑھ جانے کی صورت میں بطور علاج کے اختیار کیا جاتا ہے مگر اس عمل کے باوجود فائدہ صرف عارضی ہوتا ہے جس کی وجہ معلوم نہیں ہے۔ بسا اوقات چوٹ چپیٹ وغیرہ کے بعد آنکھ کا تو تر یکایک کم ہو جاتا ہے باہرین کا خیال ہے کہ ایسا عموماً عصبی تاثرات کی بنا پر ہوتا ہے۔

تو ترعین کی پیمائش تو ترعین کی پیمائش اس طرح ممکن ہے کہ ایک انبوبہ کا ایک سرا آنکھ کے اندر داخل کریں اور اس کے دوسرے سرے کو سیمابی تو ترپیما سے ملحق کر دیں۔ مگر یہ خیال ہے کہ انسانوں کی آنکھ پر ہم یہ تجربہ نہیں کر سکتے۔ کیونکہ اس عمل سے آنکھ کے اندر زخم کا ہونا ضروری ہے اور جب تک آنکھ میں زخم نہ ہو اس وقت تک ہم اس طریقہ سے تو تر کی پیمائش نہیں کر سکتے۔ ایسی صورت میں ہم کو صرف اس دباؤ کا پتہ چل سکتا ہے جو اندرونی تو تر کا آنکھ کے بیرونی طبقات پر ہوتا ہے تو تر کی پیمائش کے طریقے معائنہ قرنیہ کے ماتحت ملاحظہ فرمائیں۔

مناظریات کے ابتدائی اصول

Elementary optics

اگر سفید نور یعنی دھوپ کو کسی منشور مثلثی میں سے گذارا جائے تو دوسری طرف بجائے سفید روشنی کے ایک چوڑی دھاری نور کی نمودار ہوتی ہے جس کے اندر کئی قسم کے رنگ ملتے ہیں جو اپنی ترتیب میں قدرتی قوس قزح کی مانند ہوتے ہیں اس نور کی دھاری کو ہم "طیف شمسی" (Solar spectrum) کہتے ہیں۔ دوسرے الفاظ میں اس کا مطلب یہ ہے کہ سورج کی روشنی منشور مثلثی میں سے گذر کر انہیں رنگوں میں منقسم ہو جاتی ہے جن کے اختلاط سے روشنی کا سفید رنگ معرض ظہور میں آتا ہے۔ ترتیب میں یہ رنگ طیف شمسی کے اندر حسب تفصیل ذیل ہوتے ہیں۔ سرخ، نارنجی، زرد، سبز، نیلا، آسمانی، بنفشئی۔ ان میں سے سرخ روشنی کا طول موج سب سے زیادہ ہوتا ہے اور بنفشئی کا سب سے کم۔ طیف شمسی کا روشن حصہ خوردبینی پیمانے پر ۸۰۰ مائیکرو ملی میٹر سے لیکر ۴۰۰ مائی کرو ملی میٹر تک پھیلا ہوتا ہے اور اس پر سرخ روشنی کے نیچے وہ شعاعیں ہوتی ہیں جن کا طول موج بہت زیادہ ہوتا ہے اور جو جذب ہونے پر حرارت بڑھاتی ہیں اسلئے ان کو حرارت کی شعاعیں کہتے ہیں۔ بنفشئی روشنی کے پرے وہ شعاعیں ہوتی ہیں جن کا طول موج بہت کم ہوتا ہے یہ شعاعیں کیمیاوی عمل کرتی ہیں ان کو فوق البنفشی شعاعیں کہتے ہیں "طیف شمسی" کے روشن حصہ میں مختلف رنگوں کی شعاعیں

حرارت بھی بڑھاتی ہیں اور کیمیاوی عمل بھی کرتی ہیں مگر یہ خواص مذکورہ شعاعوں سے کم ہوتے ہیں۔ معمولی شیشہ حرارتی شعاعوں اور فوق البنفشی شعاعوں میں سے بہت زیادہ حصہ جذب کرلیتا ہے۔ منشور مثلثی اور عدسی شیشے جو سلیکا کوارٹز یا بلوز سے بنتے ہیں ان میں سے گذرتے ہوئے فوق البنفشی شعاعیں اکثر بغیر جذب ہوئے گذر جاتی ہیں۔

آنکھ کے شفاف واسطے سب ایسے ہیں کہ ان میں سے تمام وہ شعاعیں جو خوردبینی پیمانے کے اندر ۳۹۰ اور ۷۶۰ مائی کرو ملی میٹر پر واقع ہوتی ہیں گذر سکتی ہیں۔ فوق البنفشی شعاعوں کو جو ۲۹۵ مائی کرو ملی میٹر سے پرے واقع ہوتی ہیں بتمامہ قرنیہ جذب کرلیتی ہے۔ عدسہ جلیدیہ ۳۵۰ مائی کرو ملی میٹر کے بعد والی شعاعوں کو جذب کرلیتا ہے۔ زجاجیہ ۲۰۰ ملی میٹر سے پرے والی شعاعوں کو گویا ۲۹۵ سے ۴۰۰ مائی کرو ملی میٹر تک شعاعیں عدسہ تک پہونچتی ہیں۔ ۳۵۰ اور ۴۰۰ مائی کرو ملی میٹر کے درمیان والی شعاعیں طبعی آنکھ میں طبقہ شبکیہ تک پہنچ سکتی ہیں اور ۲۹۵ اور ۴۰۰ کے درمیان والی شعاعیں شبکیہ تک صرف ان آنکھوں میں پہنچتی ہیں جن کا عدسہ نکال دیا گیا ہو یا موجود نہ ہو۔ اگر اس سے زائد انجذاب آنکھ کے اندر ہو تو مرضی کیفیت پیدا ہوتی ہو۔ سمندر کے نزدیک دھوپ میں فوق البنفشی شعاعیں کم ہوتی ہیں۔ معمولی شیشہ جو عدسی عینکوں کے لئے استعمال کیا جاتا ہے ۳۵۰ مائی کرو ملی میٹر کے بعد والی تمام شعاعوں کو جذب کرلیتا ہے۔ شعاع حرارت ۷۰۰ سے لے کر ۱۱۰۰ مائی کرو ملی میٹر تک آنکھ کے اندر بغیر کسی رکاوٹ کے داخل ہوجاتی ہے اور اس کا بیشتر حصہ طبقۂ شبکیہ تک پہنچتا ہے عنبیہ کا موخر رنگین طبقہ ہر قسم کی طول موج والی شعاعوں کو جذب کرلیتا ہے اور آنکھ کے پیچھے شبکیہ کا بشرہ بھی یہی خاصیت رکھتا ہے۔

اس حقیقت سے ہم آشنا ہیں کہ روشن موم بتی کے چاروں طرف نور کی شعاعیں پھیلتی ہیں اور ہر طرف خطوط مستقیم میں سفر کرتی ہیں لہٰذا ہم یہ خیال کرسکتے ہیں کہ جو نور موم بتی کے شعلہ سے نکلتا ہو وہ لاتعداد خطوط مستقیمہ پر مشتمل ہے جو ہر جگہ سے شعلے میں آکر ختم ہوتے ہیں اب اگر ہم شعلہ کے کسی ایک نقطہ کو خیال میں لائیں تو وہ تمام خطوط مستقیم جو اس نقطہ سے باہر کو نکلتے ہیں جوں جوں اس نقطہ سے دور ہوتے ہیں آپس میں الگ ہوتے جاتے ہیں۔ ان میں سے ہر ایک خط مستقیم کو ہم ایک شعاع کہہ سکتے ہیں وہ تمام خطوط مستقیم جو اس نقطہ پر آکر ملیں گویا کہ وہ یہیں سے نکلے ہیں۔ اب اس شعاع کا ہر نقطہ اپنے ماخذ کی شبیہ (Image) یعنی اپنے ماخذ کی صورت ہو۔ اس حقیقت کا مشاہدہ ہم نہایت معمولی تجربہ کے ذریعہ ایک اندھیرے کمرے میں کرسکتے ہیں۔

تجربہ۔ ایک دفتی کے ٹکڑے میں (ا) ایک باریک سوراخ سوئی سے بنایا جائے اور اس دفتی کو روشن موم بتی (ج) کے سامنے کچھ فاصلے پر رکھا جائے۔ سوراخ دار دفتی کے پرے ایک سفید سترہ یا پردہ (ب) رکھیں تاکہ ہم دفتی کے سوراخ میں سے گذر کر

موم بتی کی روشنی پڑ سکے یعنی سوراخ دار دفتی۔ بتی اور سترہ کے بیچ میں ہو۔ غور سے دیکھنے پر معلوم ہوگا کہ سفید سترہ کی سطح پر موم بتی کے شعلے کی شبیہ (د) دکھائی دیتی ہے۔ دیکھنے پر یہ بھی معلوم ہوگا کہ یہ شبیہ الٹی ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ دفتی کے سوراخ میں سے صرف چند شعاعیں گزرتی ہیں اور باقی رک جاتی ہیں۔ شعلہ کے بالائی حصہ کی وہ شعاعیں سوراخ میں سے گذر سکتی ہیں جو سترہ کے نیچے آکر جمع ہوتی ہیں اور نچلے حصہ کی شعاعیں سترہ پر جا کر اوپر کی طرف مجتمع ہوتی ہیں۔ اس طرح شعلہ کی شبیہ الٹی ہو جاتی ہے۔

(ج) روشن موم بتی (ا) سوراخ دار دفتی

(ب) سفید پردہ (د) شعلے کی الٹی شبیہ

یہ تصویر نہایت مدھم ہوتی ہے۔ کیوں کہ سوراخ میں سے بہت کم شعاعیں گذرتی ہیں۔ اب اگر پہلے سوراخ کے نزدیک دوسرا سوراخ بنا دیا جائے تو دو تصویریں یا شبیہ سترہ پر ایک دوسرے کے نزدیک ملیں گی۔ اسی طرح جتنے سوراخ ہوں گے اتنی ہی شبیہ سترہ پر نظر آئیں گی۔ اگر دو سوراخ بہت ہی نزدیک ہوں تو ان کی دو شبیہ ایک دوسرے کے اوپر چڑھی ہوئی دکھائی دیں گی۔ اگر سوراخ بہت بڑا بنا یا جائے تو شبیہ اس قدر بنیں گی کہ سب ایک دوسرے کے ساتھ مدغم ہو کر شعلے کی اصلی تصویر کو مفقود کر دیں گی اور کسی شکل کے بجائے صرف دفتی کا ایک حصہ روشن نظر آئے گا۔ اگر دفتی کو بیچ میں سے ہٹا لیا جائے تو سترہ سارے کا سارا روشن ہو جائے گا۔ اب ہم کو یہ معلوم ہو گیا کہ یہ روشنی اس وجہ سے ہے کہ لاتعداد شکلیں شعلے کی ایک دوسرے کے اوپر جمع ہو گئی ہیں۔

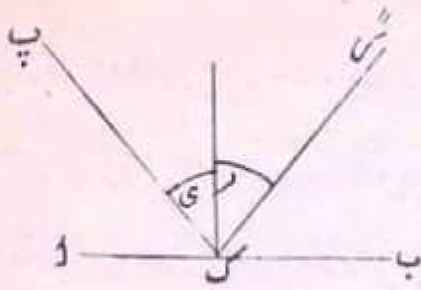
مختلف شفاف واسطوں میں سے روشنی مختلف درجہ کی تیزی کے ساتھ گذرتی ہے۔ اگر ایک شفاف واسطہ میں سے بہ نسبت کسی دوسرے شفاف واسطہ کے نور کم تیزی سے گذرے تو اس کا مطلب یہ ہے کہ پہلا شفاف واسطہ مناظری حیثیت سے دوسرے شفاف واسطے سے کثیف ہے۔ اگر نور کی شعاع ایک شفاف واسطے میں سے گذر کر کسی دوسرے شفاف واسطے کے سامنے آئے تو اس شعاع نور کے دو حصے ہو جاتے ہیں۔ ایک حصہ پہلے شفاف واسطے کے اندر منعکس ہو جاتا ہے اور اس کا دوسرا حصہ دوسرے واسطہ میں سے گذر جاتا ہے۔ اگر دوسرا واسطہ غیر شفاف ہو تو اس میں سے کوئی حصہ اس شعاع کا نہیں گزرتا۔ بلکہ کچھ حصہ اس کا منعکس ہو جاتا ہے۔ اور باقی رک جاتا ہے۔

انعکاس Reflection ہم دیکھتے ہیں کہ شعاع نور اگر ایک شفاف واسطے میں سے گذر کر ایک دوسرے جسم کثیف سے

منعکس ہو تو اس کا کیا حشر ہوتا ہے۔

ہم اوپر بیان کر آئے ہیں کہ منعکسہ شعاع نور کا رخ بدل جاتا ہے۔ دوسرے واسطے سے ٹکرانے سے پہلے اس کو ہم شعاع وارد (Incident ray) کہتے ہیں اور دوسرے واسطے سے ٹکرا کر واپس ہونے پر اس کا نام "شعاع منعکسہ" ہوتا ہے۔ اگر ایک نقطہ پر جہاں کہ شعاع وارد کسی واسطہ سے آکر ٹکراتی ہے ایک عمودی خط کھینچا جائے تو یہ امر مسلّم ہے کہ اس عمود کے

شکل نمبر ۳۱



مقام (پ) سے شعاع چل کر مراۃ (اب) سے مقام (ک) پر ملتی ہے اور یہاں سے منعکس ہو کر (ٹ) تک پہنچتی ہے۔ اس طرح کہ (پ ک) اور (ک ٹ) ایک ہی سطح پر واقع ہیں اور یہ مذکورہ سطح کاغذ کی سطح ہے اور زاویہ شعاع وارد کا (ی) زاویہ انعکاس (ر) کے برابر ہے۔

ساتھ شعاع وارد اتنا ہی زاویہ بناتی ہے جتنا زاویہ اس کے ساتھ شعاع منعکس بناتی ہے اس عمودی خط کو عمود (Normal) کہتے ہیں۔ مخصوص اصطلاح میں قانون انعکاس کی صورت حسب ذیل ہوگی۔

تمام سطحات کے لئے قاعدہ کلیہ ہے کہ زاویۃ الورود اور زاویۃ الانعکاس برابر ہوتے ہیں۔ اور دونوں ایک ہی بسیط سطح پر واقع ہوتے ہیں۔

مسطح مراۃ مذکورہ قانون ہم معمولی مسطح مراۃ کے لئے مقرر کرتے ہیں۔ اگر (پ) ایک منور نقطہ تصور کریں جو (اب) آئینے کے سامنے ہے تو اس صورت میں (پ ک) شعاع نور کا انعکاس (و) کی طرف ہوگا اور شعاع (پ س) کا انعکاس (ٹ) کی طرف ہوگا۔ اور انعکاسی شعاعیں (ک ر) و (س ٹ) نقطہ پَ سے آتی ہوئی معلوم ہوں گی جو آئینہ کے پیچھے اسی قدر دور واقع ہے جس قدر (پ) اس کے سامنے ہے چونکہ (ک ر) و (س ٹ) شعاعوں کو ہمیں پیچھے کی طرف اس قدر بڑھانا ہے کہ دونوں آپس میں (پَ) پر مل جائیں اس لئے جو شبیہ اس صورت میں بنتی ہے وہ حقیقی نہیں ہوتی اسی وجہ سے اس کو مجازی شبیہ (Virtual image) کہتے ہیں یہ بھی خیال رہے کہ آئینہ سے جو شعاعیں منعکس ہوتی ہیں۔ جس قدر وہ آئینہ سے دور ہوتی جائیں اسی قدر ان کا آپس کا فاصلہ بڑھتا جاتا ہے۔ کیونکہ منعکسہ شعاعیں متسع ہوتی ہیں (Reflected rays divergent)۔ ملاحظہ ہو شکل نمبر ۳۲

شکل نمبر ۳۲

یہی دلیل ہر اس نقطے کے لئے پیش کر سکتے ہیں جو (پ و) سے متعلق ہے۔ اس کا عکس بھی اسی قدر آئینہ سے دور ہوگا۔ جس قدر اصلی چیز آئینے کے سامنے دور تھی اس کے علاوہ دونوں شبیہ کا حجم ایک سا ہوتا ہے

(ا ب) سطح مراۃ (پ) نقطہ روشن جو مراۃ کے سامنے واقع ہو (ک ر)

مقعر مراۃ
Concave mirror

پہلے یہ ذہن نشین کر لیں کہ ان اجسام کی سطح کے کسی نقطے پر عمود وہی ہے جو اس کرہ (Sphere) کا اس مقام پر نصف قطر ہے۔ اگر (ا ح) کو ہم ایک مقعر آئینہ کے کٹاؤ کا ایک حصہ مان لیں اور (پ ب) کو ایک جسم روشن مان لیں اور (ک) کو کرہ کا مرکز تو ح ک بؔ خط مستقیم کو ہم کرہ کا محور کہیں گے اور (ح) کو مراۃ مقعر کی چوٹی۔ شعاع (پؔ ک) جو کرہ کے مرکز میں سے گذرے گی وہ اپنے ہی رستے پر لوٹ جائے گی۔ گویا (پؔ) کی شبیہ خط (پؔ ک) پر ہر حالت میں ہوگی (پؔ ا) شعاع جو محور کے متوازی ہے وہ (پؔ ک) کو مقام (پ) پر جا ملے گی۔ اس لئے پ گویا شبیہ ہے (پؔ) کی۔ یہ بات مسلم ہے کہ تمام شعاعیں جو محور کے متوازی ہوتی ہیں اور اس محور سے زیادہ دور نہیں ہوتیں۔ وہ سب کی سب محور کو نقطہ (ف) پر کاٹتی ہیں اور یہ نقطہ خط (ح ک) کو ٹھیک دو حصوں میں منقسم کرتا ہے۔ گویا (ف) اس مراۃ کا مرکز خصوصی (Principal focus) ہے اب اگر ہم (پؔ بؔ) کو مراۃ سے بہت دور لے جائیں تو تمام وہ شعاعیں جو مراۃ کے چھوٹے سے حصہ پر جو (ح) کے نزدیک ہو کر گرینگی ان کا آپس میں فاصلہ اس قدر کم ہوگا کہ وہ سب کی سب (بؔ ح) کے متوازی تصور کی جا سکتی ہیں۔

شکل نمبر ۳۳

"ا ح" مقعر آئینہ کے کٹاؤ کا حصہ (پؔ بؔ) جسم روشن (ک) کرہ کا مرکز (ح ک بؔ) کرہ کا محور اور (ح) مراۃ مقعر کی چوٹی۔

اس صورت میں (پؔ بؔ) شبیہ نہایت چھوٹی اور مقام (ف) پر ہوگی ان سب صورتوں میں انکی شبیہ الٹی ہوگی۔ مناظریات

کا یہ مسلّمہ اصول ہے کہ انعکاسی شعاعوں کو ٹھیک اپنے ہی اصلی راستہ پر واپس لوٹایا جا سکتا ہے۔ اگر ہم (پ ب) کو ایک شے مقرر کریں تو اس کی شبیہ کا مقام (پٗ بٗ) پر ہوگا۔ اگر کوئی شے مقام (ف) پر ہو تو اس کی تمام شعاعیں جو مراۃ سے منعکس ہوں گی وہ سب کی سب محور کی متوازی ہوں گی۔ اس آخری حالت میں شبیہ ایسے مقام پر ہوگی جو لاتناہی فاصلہ پر ہے۔ اور یہ حجم میں بہت بڑی ہوگی۔ اب کوئی چیز اگر (ف) اور (ح) کے درمیان واقع ہو تو اس کی شعاعیں مراۃ سے معکوس ہونے کے بعد ایسی پھیل جائیں گی جیسی کہ مراۃ سے پیچھے والی چیز سے آنے والی شعاعیں منتشر ہوتی ہیں اور ایسا معلوم ہوگا کہ وہ مراۃ کے پیچھے سے آ رہی ہیں جیسا کہ سطح مراۃ میں ہم دیکھ چکے ہیں۔ اس صورت میں انعکاسی شبیہ مجازی ہوگی۔ مراۃ مقعر کے پیچھے اور اصلی شے سے حجم میں بڑی ہوگی۔ خاص بات مقعر مراۃ کے متعلق یاد رکھنے کے قابل یہ ہے کہ اگر کوئی شے مراۃ سے دور ہو اور یہ فاصلہ اس کے مرکزی فاصلہ (Focal Distance) سے زیادہ ہو (یعنی کرہ مراۃ کے نصف قطر سے زائد ہو) تو شبیہ الٹی اور مراۃ کے سامنے ہوتی ہے۔ یہ حالت تقریباً منظار العین کے استعمال کے وقت ہمیشہ پائی جاتی ہے۔

شکل نمبر ۳۴

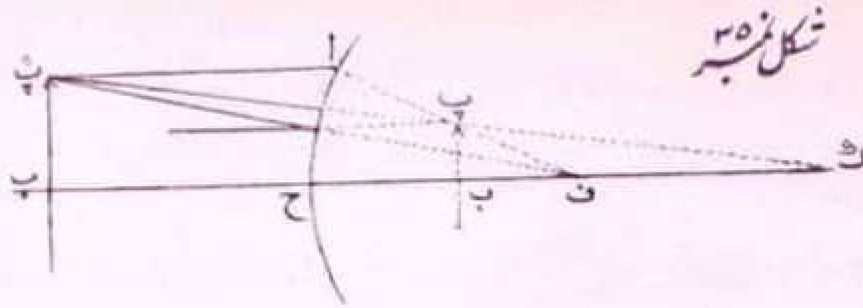
مقام (پٗ) سے جو شعاع چلتی ہے وہ محور کے متوازی ہے اور منعکس ہو کر مقام (ف) سے گزرتی ہے جو ماسکہ اصلی ہے شعاع (ف پٗ) محور کے متوازی منعکس ہوتی ہے (ا پٗ) سطح پر عمود ہے۔ اسی لئے اپنے ہی راستہ پر واپس منعکس ہوتی ہے۔ ان شعاعوں میں کوئی دو (پ) کا مقام بتاتی ہیں۔ جو "پٗ" کی شبیہ ہے۔

محدب مراۃ

آنکھ کے معائنہ میں ہم عموماً محدب مراۃ استعمال نہیں کرتے جس کی وجہ کا معلوم کرنا کسی قدر ضروری ہے جب طبقہ قرنیہ مثل محدب مراۃ کے عمل کرتا ہے جیسا کہ آگے کی تصویر سے ظاہر ہے۔ تو اسی طرح ہر محدب مراۃ کے ذریعہ کسی چیز کو معائنہ کرنے پر اس کی شبیہ مجازی سیدھی اور اصل شے سے چھوٹی ہوتی ہے۔ جیسا کہ ہم مقعر مراۃ میں دیکھ چکے ہیں اگر کوئی شے مراۃ مقعر سے دور ہو تو اس کی تصویر مرکز خصوصی پر واقع ہوتی ہے یعنی مراۃ کے پیچھے اسی کرہ کے نصف قطر کے برابر فاصلہ پر۔

(شکل نمبر صفحہ آئندہ پر ملاحظہ ہو)

شکل نمبر ۳۵



محدب مرآۃ سے انعکاس۔ نمبر ۵ کا بیان اس شکل کو سمجھنے کے لئے کافی ہے۔

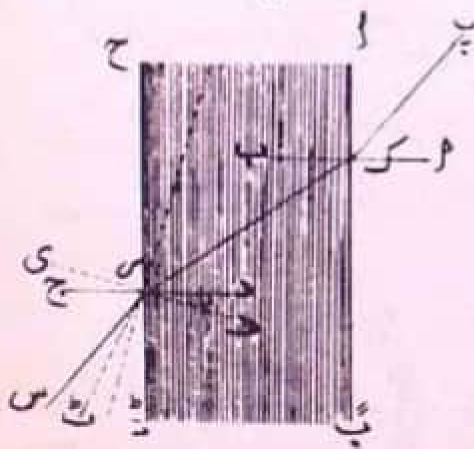
شعاع نور کا انعطاف

اب ہمیں یہ معلوم کرنا ہے کہ منعطفہ شعاع کا کیا حشر ہوتا ہے۔ جب شعاع وارد' ایک شفاف واسطہ مثلاً ہوا کے اندر سے گذر کر اس سے کثیف جسم مثلاً شیشہ پر آ کر گرتی ہے تو اس سے پہلے ہم بتا چکے ہیں کہ ایسی حالت میں شعاع کی رفتار سست پڑ جاتی ہے اور یہ بھی حقیقت ہے کہ یہ شعاع کثیف واسطہ پر جہاں پر گذرتی ہے اگر اس مقام پر عمود کھینچا جائے اور اندر و باہر دونوں طرف اس کو بڑھایا جائے تو اس میں گذرنے پر عمودی خط کی طرف جھک جاتی ہے۔ دونوں شفاف واسطوں کی کثافت میں جتنا زیادہ فرق ہوتا ہے اتنا ہی زیادہ یہ جھکاؤ نمایاں ہوتا ہے۔ اگر ہوا کی کثافت (Density) کو ایک مان لیا جائے تو اس کی کثافت کے تناسب کو جو کسی دوسرے شفاف واسطہ کی کثافت سے ہوتا ہے ہم نسبت انعطافی کہتے ہیں یہی اس واسطہ کی انعطافی اضافت کہلاتی ہے۔

سطح پرت

جب شعاع وارد (تصویر با خط ہا مثلاً (پَ ڽ) کسی ایسے شیشہ کی سطح پر آ کر پڑے جس کے دونوں اطراف متوازی ہوں تو اس کا انعطاف اس عمودی خط کی طرف ہو گا جو اس کے نقطہ ورود' پر کھینچا جائے اس کو ہم (ا ب) کہہ سکتے ہیں۔ جب یہ شعاع شیشہ سے گذر کر دوسری طرف نکلے گی تو ظاہر ہے کہ اب اس شعاع کا انعطاف نئے عمودی خط د۔ ج (جو اسی نئے نقطہ اتصال سے ہوا کے اندر کھینچے کر پیدا ہوتا ہے) سے ٹھیک اسی قدر دور ہو گا جس قدر کہ (پَ ڽ) کا جھکاؤ پہلے عمود کی طرف تھا۔ اسی لئے منعطفہ شعاع جو اب ہوا میں داخل ہوئی ہے شعاع وارد کے متوازی ہو گی۔ اگر شیشہ کی پلیٹ بہت پتلی ہو تو مذکورہ دونوں شعاعیں ایک ہی خط میں واقع ہوں گی۔

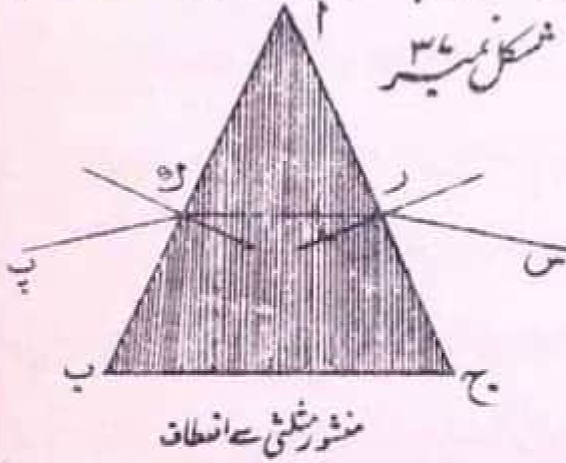
شکل نمبر ۳۶



شفاف سطح پرت سے انعطاف۔

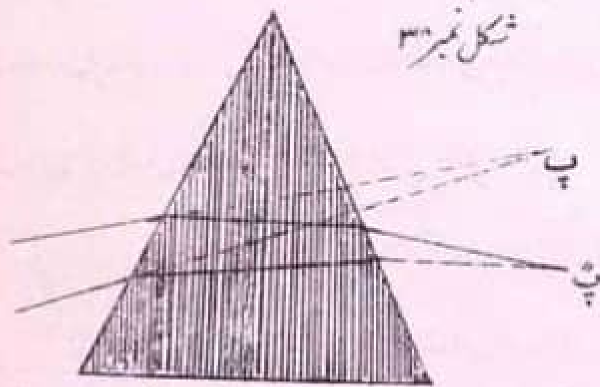
منشور مثلثی
Prism

اگر ہم گزشتہ تجربہ والی مسطح پلیٹ کی ایک سطح (ح - ڈ) کو اسی کے گرد (د) پر گھومتی ہوئی تصور کریں تو ہم منشور مثلثی کے اندر شعاعوں کے انعطاف کو سمجھ جائینگے (ل ڈ) اب اپنے عمود (ی ف) کے ساتھ (ح د) سے بڑا زاویہ بنائے گی۔ گویا اب زاویہ انعطافی بھی پہلے سے بڑا ہوگا یعنی اب باہر نکلنے والی شعاع نور (د - ٹ) ہوگی جو منشور مثلثی کے قاعدے کی طرف جھکی ہوگی۔ شعاع (پ ل ڈ س) منشور مثلثی کے قاعدے کی طرف جھکی ہوگی



منشور مثلثی سے انعطاف

شعاع نور (پ ل ڈ س) منشور کے دونوں طرف یکساں جھکتی ہے جیسا کہ تصویر نمبر ۳۷ سے ظاہر ہے اگر منشور مثلثی معمولی شیشہ کا بنا ہو تو شعاع کا انعطاف منشور کے انعطافی زاویہ سے نصف ہوگا عام طور پر ہم ان شعاعوں کو جو مختلف اشیاء سے آنکھ کے اندر داخل ہوتی ہیں دوسری طرف ان کے انھیں خطوط کو بڑھا کر ظاہر کرتے ہیں۔ ایسا کرنے سے شعاعوں کی انعطافی کیفیت کو ہم بھول جاتے ہیں کیونکہ معمولاً ہم اس قسم کا مشاہدہ روزمرہ کی زندگی میں کرنے کے عادی نہیں ہوتے۔ اگر منشور مثلثی میں سے کسی روشن موم بتی کی طرف دیکھا جائے یا اس کی روشنی میں کسی اور چیز کو دیکھیں مثلاً دیکھو (تصویر نمبر ۳۸) تو روشنی بجائے (پؔ) کی طرف سے آنے کے پ کی طرف سے آتی ہوئی دکھائی دیگی۔

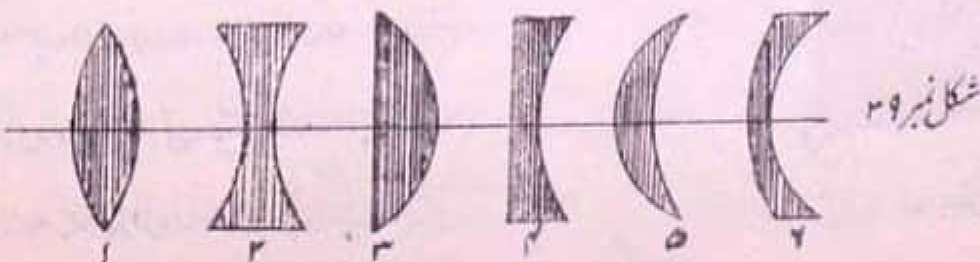


منشور مثلثی کے اندر سے بالمقابل اشیاء کو دیکھا جائے تو اپنی جگہ سے ہٹی ہوئی معلوم ہوتی ہیں شکل میں پؔ پ کے اوپر معلوم ہوتی ہے۔

گویا جن اشیاء کو ہم منشور مثلثی میں سے دیکھتے ہیں وہ اس کی چوٹی (Apex) کی طرف ہٹی ہوئی معلوم ہوتی ہیں۔

عدسہ
Lens

عدسہ۔ شفاف اور قابل انعطاف شیشہ کا ٹکڑا جس کی دونوں سطحیں محدب ہوں عام طور پر اس کو ہم عدسہ کہتے ہیں۔



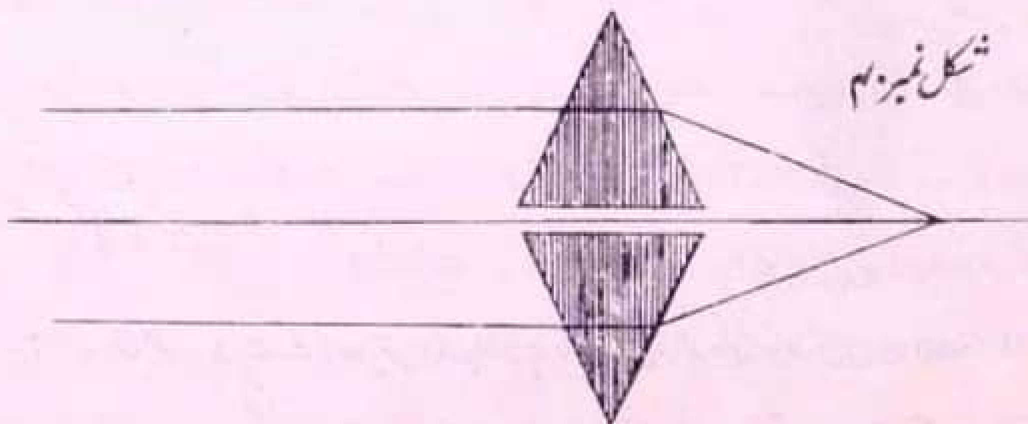
عدسی سطوح کے کروی انحنا کے مراکز سے گذرنے والا خط عدسہ کا محور اصلی کہلاتا ہے شکل نمبر ۹۳ میں مختلف قسم کے عدسے دکھائے گئے ہیں۔

مختلف قسم کے عدسے

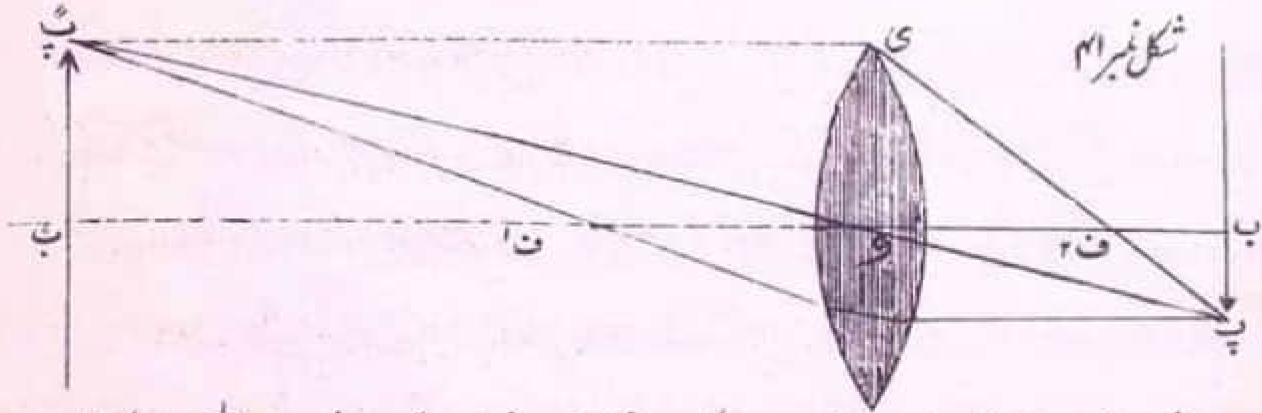
(۱) محدب الطرفین (۲) مقعر الطرفین (۳) وہ عدسہ جس کی ایک سطح محدب اور دوسری مستوی ہے (۴) وہ عدسہ جس کی ایک سطح مقعر اور دوسری مستوی ہے (۵) وہ عدسہ جس کی ایک سطح مقعر اور دوسری سطح محدب ہے۔

محدب الطرفین عدسے کی یہ خصوصیت ہے کہ نور کی شعاعیں اگر اس کے محور کے متوازی آکر ٹکرائیں تو عدسے کے عمل سے وہ اس طرح منعطف ہو جاتی ہیں کہ سب کی سب دوسری طرف ایک نقطہ میں سے گذرتی ہیں یہ عمل ویسا ہی ہے جیسا کہ دو منشور مثلثی کا ہوتا ہے جو اس طرح ترتیب دئے گئے ہوں کہ ان کی چوٹیاں ایک دوسرے کی طرف ہوں۔

اس بات کو سمجھنے کے لئے کہ عدسہ نور کی شعاعوں پر کیا عمل کرتا ہے۔ ہم اس کو منشور مثلثی کے ایسے دو ٹکڑوں کا مجموعہ فرض کرتے ہیں جن کے قاعدے ایک دوسرے کے ساتھ جوڑ کر رکھ دئے گئے ہیں۔ نور کی شعاع جب منشور مثلثی میں سے گذرتی ہے تو اس کی موٹائی کی طرف منعطف ہو جاتی ہے گویا کہ جب شعاعیں مذکورہ قسم کے عدسہ میں سے گذریں گی تو عدسہ کے عمل سے اس کی موٹائی کی طرف منعطف ہونگی اگر عدسہ پتلا ہو تو ہم ثابت کر سکتے ہیں کہ اس کی ساخت میں جو منشور مثلثی استعمال کئے گئے ہیں ان میں سے ہر ایک کا انعطاف انگیز زاویہ اپنے فصل محور کا متناسب ہے اس لئے ضروری ہے کہ عدسہ میں سے گذر کر تمام شعاعیں نقطہ واحد پر مجتمع ہوں اور وارد شعاعیں متوازی ہوں تو نقطہ بعیدہ عدسہ کا ماسکہ اصلی ہوگا۔ اگر عدسہ کے دونوں طرف ایک ہی شفاف واسطہ ہو تو اس کے دونوں طرف کے ماسکہ اصلی کا فاصلہ عدسے سے یکساں ہوگا۔

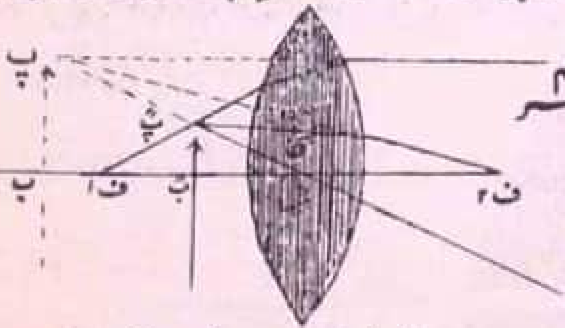


عدسہ اگر پتلا اور کم طاقت کا ہو تو اس کا طول ماسکہ دونوں منحنی سطحوں کے نصف قطر کے برابر ہوگا بشرطیکہ ان دونوں سطحوں کا انحنا برابر ہو۔ اگر کوئی منور جسم عدسہ سے بہت زیادہ فاصلہ پر ہو تو اس کی شعاعیں جو عدسے تک آتی ہیں عملی طور پر متوازی سمجھی جاتی ہیں اس لئے ایسی صورت میں شبیہ عدسہ کے ماسکہ اصلی پر بنے گی! اور یہ شبیہ الٹی اور بہت چھوٹی ہوگی۔



شعاع پٹ ی جو محور کے متوازی ہے۔ اپنے دوسرے ماسکہ اصلی ف کے اندر سے منعطف ہوتی ہے اور شعاع پٹ ت جو پہلے ماسکہ اصلی میں سے گذرتی ہے منعطف ہونے کے بعد محور کے متوازی ہو جاتی ہے۔ شعاع پ و جو عدسہ کے مرکز مناظری سے گذرتی ہے منعطف نہیں ہوتی۔ ان میں سے کوئی دو شعاعیں پ کے مقام یعنی پ کی شبیہ کو بتاتی ہیں۔

اب اگر جسم منور بتدریج عدسے کے نزدیک لایا جائے تو شبیہ عدسہ سے تدریجاً دور ہوتی جائے گی اور حجم میں بھی بڑھتی جائے گی یہاں تک کہ جب جسم منور ماسکہ اصلی پر آ جائے گا تو اس کی شبیہ لامتناہی فاصلہ پر اور اصل سے بہت ہی بڑی ہوگی اور اب تمام شعاعیں جو منور جسم سے چلیں گی وہ عدسہ کے دوسری طرف متوازی نکلیں گی۔ اگر جسم منور اور بھی عدسے کے نزدیک لایا جائے تو اس کی شبیہ مجازی منور جسم کے پیچھے سیدھی اور جسم منور سے بڑی ہوگی



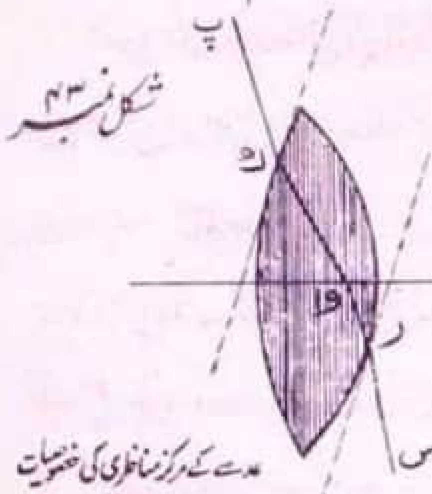
شکل نمبر ۱۴۲

اس صورت میں منور شے کا جا رقیا اور شبیہ دونوں کا فصلی باہمی تعلق مستقل قائم رہے گا۔ اسی لئے ان کو زوجی ماسکے (Conjugate Foci) کہتے ہیں

شکل نمبر ۱۴۱ کا بیان بالکل اس کے مطابق ہے۔

ہر محدب الطرفین عدسے کے وسط میں ایک نقطہ ہوتا ہے جس کو ہم مرکز مناظری (Optical Center) کہتے ہیں جتنی شعاعیں اس نقطہ میں سے گذرتی ہیں ان کا انعطاف بالکل نہیں ہوتا۔ اس کا سمجھنا بالکل آسان ہے۔ شکل نمبر ۱۴۳ میں (پ ش ر س) ایک شعاع ہے جن مقامات پر یہ شعاع دونوں طرف کی سطحوں سے باہر نکلتی ہے وہاں اگر دونوں انحنا پر یعنی ش اور ر کے مقامات پر خط مماس (Tangent) کھینچیں تو یہ دونوں خط آپس

مین متوازی ہوں گے۔ اس لئے ان دونوں شعاعوں کے لئے عدسہ ایک ایسے شیشہ کی تختی کا کام دے گا جس کی دونوں



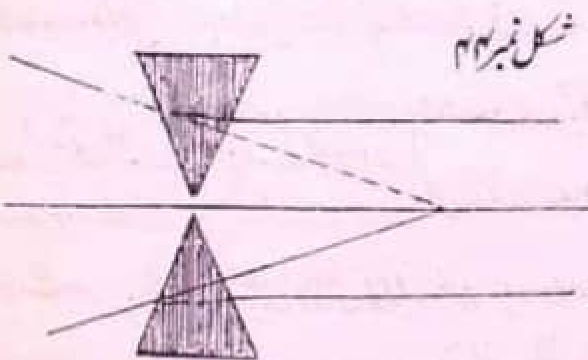
عدسے کے مرکز مناظری کی خصوصیات

سطحیں متوازی ہوں اور ہم یہ پہلے بتا چکے ہیں کہ ایسی صورت میں منعطف شعاع شعاع وارد کے متوازی ہوتی ہے۔ اگر عدسہ بہت پتلا ہو تو منعطف شعاع شعاع وارد کے ساتھ اپنا تسلسل قائم رکھے گی۔

اگر ہم کو یہ علم ہو کہ مرکز مناظری کے اندر سے جو شعاعیں گذرتی ہیں وہ بالکل منعطف نہیں ہوتیں اور ماسکہ اصلی میں سے گذرنے والی شعاعیں منعطف ہونے کے بعد متوازی ہو جاتی ہیں تو ہم جہاں چاہیں کسی محل پر شبیہ کی ماہیت بتا سکتے ہیں

شکل نمبر ۴۱ میں اگر ہم (پ' ب') کو ایک شخص مانیں اور پ' و کو ایک شعاع جو مرکز مناظری (و) سے گذرے تو یہ منعطف نہ ہوگی (پ' ی) ایک شعاع جو محور کے متوازی ہے دوسری طرف ماسکہ اصلی ف' میں سے گذریگی پ' ف شعاع جو پہلے ماسکۂ اصلی میں سے گذرتی ہے منعطف ہونے کے بعد محور کے متوازی ہوگی اس لئے پ ب گویا پ' ب' کی شبیہ ہوگا۔

مقعر عدسے میں جب نور کی شعاعیں محور اصلی کے متوازی آکر ٹکراتی ہیں تو عدسے میں سے گذر کر وہ سب کی سب کسی ایک نقطہ کی طرف رجوع کرنے کے بجائے اور زیادہ متسع ہو جاتی ہیں اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ گویا کسی نقطہ واحد سے آرہی ہیں مقعر عدسے کو ہم یوں تصور کرسکتے ہیں کہ یہ منشور کے دو ٹکڑوں کا مجموعہ ہے جو اس طرح ترتیب دئے گئے ہیں کہ ان کی (Apex) چوٹیاں ایک دوسرے کی طرف ہیں



واردہ شعاعیں اگر محور کے متوازی ہوں تو انعطاف کے بعد وہ متسع شعاعوں میں بدل جاتی ہیں اور ان میں اس قدر اتساع ہو جاتا ہے کہ اگر سب شعاعوں کو پیچھے کی طرف بڑھایا جائے تو وہ محور کو ایک ہی نقطہ پر کاٹتی ہیں۔ یہ نقطہ عدسے کے اسی طرف ہوگا جس طرف سے شعاعیں آرہی ہوں۔ مذکورہ نقطہ اور ایسے ہی وہ نقطہ جو عدسے کے دوسری طرف محور پر اتنے ہی فاصلہ پر ہو جتنا کہ پہلا نقطہ۔ ان دونوں نقطوں کو "ماسکہ اصلی" کہتے ہیں۔ یہ "مقعر الطرفین" عدسہ بھی ایسے ہی مرکز رکھتا ہے جو اس کے محور پر عدسے کے اندر ہوتا ہے۔ اس کی بھی وہی خصوصیات ہوتی ہیں جو محدب عدسے کی۔ مقعر عدسے سے جو شبیہ کسی جسم کی بنتی ہے۔ اس کو ہم محدب الطرفین عدسہ کی شبیہ کی طرح سمجھ سکتے ہیں۔

یہ بات قابل غور ہے کہ اس صورت میں شبیہ جسم کے ہر محل کے لئے مجازی سیدھی اور چھوٹی ہوگی دیکھئے شکل نمبر (۵۴)

شکل نمبر (۴۵)

شکل ۴۵ کا بیان بالکل اسکے مطابق ہے

مقعر یا محدب عدسے جن کی ایک سطح مستوی ہوتی ہے ان کا عمل بھی مقعر الطرفین اور محدب الطرفین عدسے کی طرح ہوتا ہے مگر ان میں مرکز مناظری منحنی سطح کے اس مقام پر ہوتا ہے جہاں پر محور اس کو آکر ملتا ہے۔ وہ عدسے جن کی ایک سطح مقعر اور دوسری محدب ہوتی ہے۔ ان میں مرکز مناظری عدسے کے باہر ہوتا ہے۔ عدسے کی طاقت انعطافی کا انحصار اس کے طول ماسکہ پر ہے۔ اگر طول ماسکہ زیادہ ہوگا تو انعطافی طاقت کم ہوگی۔ اگر طول ماسکہ چھوٹا ہوگا تو انعطافی طاقت زیادہ ہوگی اب ہم کو چاہئے کہ عدسے کی انعطافی طاقت کے لحاظ سے ان کے نمبر مقرر کریں۔ اس مصرف کے لئے ہم ایک ایسے عدسے کو معیار کے طور پر ایک بصریہ (Dioptre) طاقت والا مانتے ہیں جس کا طول ماسکہ ایک میٹر ہو۔ اب ایک ایسا عدسہ جس کا طول ماسکہ ½ میٹر ہو وہ مذکورہ بالا عدسے سے دوگنی طاقت کا ہوگا۔ گویا اس کی انعطافی طاقت ۲ بصریہ ہوگی۔ علی ہذا القیاس وہ عدسہ جس کی انعطافی طاقت ۴ بصریہ اس کا طول ماسکہ ¼ میٹر ہوگا۔ اور ۳ بصریہ انعطافی طاقت والے عدسے کا طول ماسکہ ⅓ میٹر یا ۳۳ سنٹی میٹر ہوگا۔ اب اگر ہم کو یہ معلوم ہو کہ ایک میٹر میں ۴۰ انچ ہوتے ہیں (یا ۳۶ پیرسی انچ) تو ہم کہہ سکتے ہیں کہ ۴۰ انچ طول ماسکہ والا عدسہ = ۱ بصریہ = D1 اور ۲۰ انچ طول والا عدسہ = ۲ بصریہ = D2۔ اسی طرح دوسرے عدسوں کو قیاس کر سکتے ہیں۔ محدب عدسے کو ہم مثبت (+) نشان سے تعبیر کرتے ہیں اور مقعر عدسے کو منفی (-) نشان سے۔ آنکھ کے واسطے عینکوں کے لئے ہم استوانی عدسے بھی استعمال کرتے ہیں۔ ان کے استعمال و خواص ہم آئندہ بیان کرینگے۔

محدب و مقعر عدسے کو پہچاننے کا طریقہ عدسے کی محدب یا مقعر حالت معلوم کرنے کا آسان طریقہ معالجین کے لئے یہ ہے کہ آنکھ کے معائنہ کرنے والے عدسوں کے بکس میں سے ایک محدب عدسے کو آنکھ کے سامنے رکھ کر اس کے اندر سے دور کی اشیاء کو دیکھیں اور اس کو ایک طرف سے دوسری طرف حرکت دیں اور اس کے اندر بدستور دیکھتے رہیں ایسا کرنے سے دور کی اشیاء عدسے کی حرکت والی سمت کی الٹی طرف حرکت کرتی دکھائی دینگی۔ پھر اسی حالت میں عدسے کو نیچے سے اوپر یا اوپر سے نیچے کو حرکت دیں۔ اب بھی دور کی اشیاء عدسے کے اندر سے الٹی طرف حرکت کرتی دکھائی دینگی۔ اگر عدسہ مقعر ہوگا تو یہ کیفیت بدل جائیگی۔ یعنی جب دور کی اشیاء کو عدسے کے اندر سے دیکھیں گے اور عدسے کو ادھر سے ادھر حرکت دینگے تو اشیاء کی حرکت اسی طرف کو ہوگی جس طرف عدسہ حرکت کریگا اور اس کے علاوہ تمام اشیاء مقعر عدسے میں سے دیکھنے پر چھوٹی معلوم ہونگی۔ وجہ اس کی یہ ہے کہ محدب عدسے سے اشیاء کی شبیہ الٹی ہوتی ہے اور مقعر عدسے سے سیدھی

اب اگر ہم (+۲) بصریہ طاقت والے عدسہ کے ساتھ (-۲) بصریہ طاقت والا عدسہ ملا کر دونوں کے اندر سے دوسری طرف کی اشیاء کو دیکھیں تو سب کچھ اپنی اصلی صورت و ہیئت پر ہوگا۔ گویا ان دونوں عدسوں کو اکٹھا کرنے سے کوئی تغیر ان میں نہ ہوگا۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ دونوں متضاد طاقت کے عدسے ایک دوسرے کو متعادل کر دیتے ہیں اور دونوں مل کر ایک معمولی شیشے کی تختی (جس کی دونوں سطحیں مستوی ہوں) کا عمل کرتے ہیں۔ دوسرے الفاظ میں اس کا مطلب یہ ہے کہ اگر ہم چاہیں کہ کسی عدسہ کی انعطافی طاقت معلوم ہو تو پہلے یہ فیصلہ کریں کہ وہ محدب ہے یا مقعر۔ اس کے بعد اس کے متضاد طاقت کا عدسہ لے کر دونوں کو ملا کر دیکھیں اگر پہلی دفعہ متعادل نہ ہو تو متضاد عدسے کی طاقت کو بڑھا کر پھر دیکھیں حتیٰ کہ دونوں متعادل ہو جائیں جب یہ حالت ہو تو متضاد عدسے کی طاقت کو پڑھ لیں بس وہی طاقت معائنہ کردہ عدسہ کی ہوگی۔ مگر متعادل کرنے والا عدسہ اگر مثبت تھا تو یہ منفی ہوگا اور اگر وہ منفی تھا تو یہ مثبت ہوگا مثال کے طور پر اگر ایک شخص ہمارے پاس ایک عدسہ معائنہ کرنے کو لائے تو پہلے ہم اس کو آنکھ کے سامنے رکھ کر اس میں سے دور کی اشیاء کو دیکھیں اور اس طرح معلوم کریں کہ وہ محدب ہے یا مقعر۔ اگر وہ محدب ثابت ہو تو اس کی طاقت معلوم کرنے کے لئے معائنہ کے بکس میں سے مقعر نمبروں کو اس کی تعدیل کے لئے استعمال کریں۔ جس نمبر کے مقعر عدسے کے ذریعہ تعدیل رونما ہو وہی طاقت مثبت (یعنی محدب معائنہ کردہ عدسہ کی ہوگی۔

مذکورہ معائنہ کے وقت یہ خیال رکھیں کہ دونوں عدسے ایک دوسرے سے بالکل ملے ہوئے ہوں اور ان کے مراکز بھی متصل ہوں اگر دونوں کے مرکز مختلف مقامات پر ہونگے تو تعدیل کلیتاً نہ ہو سکے گی اور اگر دونوں عدسے ایک دوسرے سے متصل نہ ہونگے تو غلطی کا امکان ہے۔

ابتدائی وظائفی مناظریات

آنکھ مناظری آلہ کی حیثیت سے ایک معمولی عکسالہ (Camera) سے مشابہ ہے۔ عکسالہ قلمدار ایک صندوق ہوتا ہے جس کے دو مقابل کے پہلو انقباضی ہوتے ہیں۔ ان پہلوؤں کے درمیانی فاصلے کو کم و بیش کرنے کے لئے دوسرے دو پہلو اس طرح ہوتے ہیں کہ حسب ضرورت کم و بیش ہو سکتے ہیں۔ سامنے کے انقباضی پہلو میں سوراخ ہوتا ہے جس کے اندر عدسہ لگا ہوتا ہے۔ اس کے مقابل پہلو میں اندھے شیشے کا نیم شفاف پردہ لگا رہتا ہے۔ عکسالہ دور کے کسی شخص کے سامنے اس طرح رکھ دیتے ہیں کہ اس کی شعاعیں عدسہ میں سے گذر کر اس شخص کی حقیقی معکوس شبیہ بنا دیں اور پھر پچھلے پردہ کو عدسہ کی طرف حرکت دیتے ہیں تاکہ پردہ شبیہ کے محل پر پہونچ کر شبیہ کو صاف دکھلانے کا باعث ہو۔ اب تصویر لینے کے لئے پردہ کی جگہ حساس تختی رکھ دیتے ہیں۔

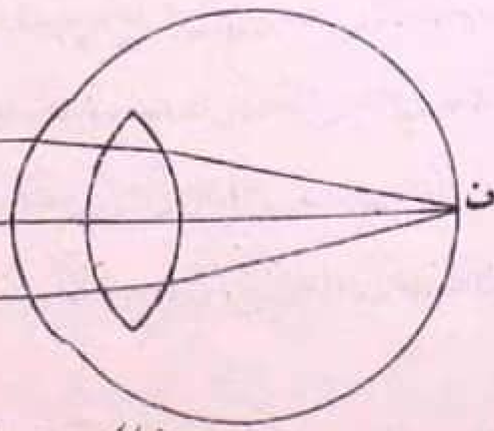
آنکھ میں طبقہ شبکیہ گویا حساس تختی کا کام دیتا ہے۔ شعاعوں کو شبکیہ پر مرکزی حیثیت سے قائم کرنے کے لئے عدسہ جلیدیہ کے علاوہ قرنیہ بھی ہے جو خود شفاف ہے اور اس کی دونوں سطحیں کروی ہوتی ہیں۔ قرنیہ کا مناظری اثر عدسے سے بھی زائد ہوتا ہے۔ اس پیچیدہ نظام

کی علت غائی یہ ہو کہ طول ماسکہ کو کم کیا جا سکے۔ تاکہ آنکھ باوجود چھوٹی ہونے کے بھی بخوبی کام انجام دے سکے۔ اس تمثیل سے معلوم ہوا کہ نور کی شعاعوں کے لئے آنکھ کا نظام ایک طاقتور محدب عدسے کا کام دیتا ہے۔ قبل ازیں ہم بتا چکے ہیں کہ اگر کسی عدسے کے دونوں جانب شفاف واسطہ ایک ہی ہو تو مقدم و مؤخر طول ماسکہ یکساں ہوتا ہے۔ مگر آنکھ میں یہ حالت نہیں ہوتی۔ قرنیہ کے سامنے ہوا ہوتی ہے اور پچھلی طرف رطوبت مائی جو عدسہ کے سامنے کی طرف بھی ہوتی ہے۔ عدسہ کے پیچھے رطوبت زجاجیہ ہے جس کی انعطافی طاقت پانی سے زیادہ ہوتی ہے۔ گویا اب مقدم طول ماسکہ و مؤخر طول ماسکہ دونوں میں فرق ہے۔ یعنی قرنیہ کے سامنے تقریباً ۱۳ ملی میٹر اور قرنیہ کے پیچھے ۲۳ ملی میٹر ہے۔ قرنیہ کے سامنے کی سطح محدب کروی ہے جس کے انحنا کا نصف قطر ۸ ملی میٹر ہے۔ قرنیہ اور عدسہ کی کروی سطوح کے مراکز ایک ہی خط مستقیم پر واقع ہیں جن کو ہم محور مناظری کہتے ہیں۔

اگر شعاع نور قرنیہ سے آکر ٹکرائے تو یہ اپنے عمود کی طرف یعنی اس نصف قطر کی طرف جھکے گی۔ جو مقام ورود سے کھینچا جائے اور شعاع نور نئی سمت میں قرنیہ کے اندر گذرے گی۔ ہم اوپر بتا چکے ہیں کہ خزانۂ مقدم کی رطوبت مائی کی قوت انعطافی قرنیہ کے برابر ہے۔ اس لئے یہ شعاع نور اپنی اسی سمت کو رطوبت مائی میں سے بھی گذر کر قائم رہے گی۔ یہاں تک کہ عدسہ جلیدیہ کی مقدم سطح سے جا کر ٹکرائے۔ مگر عدسہ کی قوت انعطافی رطوبت مائی اور قرنیہ سے زائد ہے۔ اس لئے اس میں سے گذرتے ہوئے شعاع نور اپنے محور کی طرف جھکے گی یعنی اس کا انعطاف اس محور کی طرف ہوگا جو قرنیہ اور عدسہ کا ہے۔

اس سے قبل ہم عدسہ میں دیکھ چکے ہیں کہ محدب عدسہ میں تمام متوازی شعاعیں گذر کر ماسکہ اصلی پر مجتمع ہوتی ہیں اس لئے نور کی متوازی شعاعیں قرنیہ پر آکر گریں تو وہ اس کے پیچھے ۲۳ ملی میٹر کے فاصلہ پر مجتمع ہو جائیں گی۔

شکل نمبر ۴۶



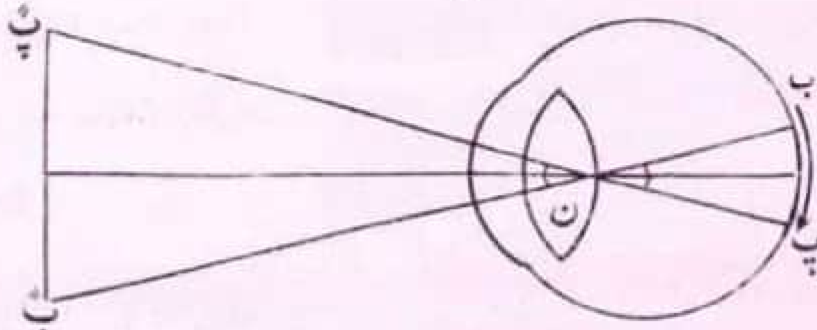
کامل النظر آنکھ۔ متوازی شعاعیں شبکیہ پر مرکز بناتی ہیں

جب کسی منور جسم سے نور کی شعاعیں باہر نکلتی ہیں تو وہ متسع ہو جاتی ہیں مگر جب منور جسم بہت دور واقع ہو تو شعاعوں کے کسی اکٹھے چلنے والے چھوٹے بنڈل میں انفرادی شعاعیں ایک دوسرے سے بہت زیادہ متسع نہیں ہوتیں اس لئے ان شعاعوں کو اگر متوازی بھی مان لیا جائے تو غلطی نہ ہوگی۔ عملی طور پر ہم ان شعاعوں کو متوازی ہی مانتے ہیں۔ یہی حال نور کی ان شعاعوں کا ہوتا ہے جو حدقۂ عین کے اندر داخل

ہوتی ہیں۔ اس لئے ان شعاعوں کی بھی قرنیہ کے پیچھے ۲۳ ملی میٹر پر جاکر نقطہ ماسکہ پر شبیہ واقع ہوتی ہو۔ دراصل یہی فاصلہ طبقہ شبکیہ کا قرنیہ کی سطح مقدم سے ہے۔ دوسرے الفاظ میں گویا طبعی آنکھ سکون کی حالت میں ایسی واقع ہوتی ہو کہ دور کی اشیاء کی شبیہ اس کے اندر ٹھیک طبقہ شبکیہ پر جاکر بنتی ہے۔

آنکھ کے محور مناظری (Optical Axis) کو اگر پیچھے کی طرف بڑھائیں تو یہ ٹھیک طبقہ شبکیہ کے بقعۂ صفراوی کے حفیرۂ مرکزی پر جاکر پہنچتا ہے۔ اس لئے ہر اس شے کی شبیہ جو اس خط مستقیم پر واقع ہو اور جو محور مناظری کو اگلی طرف بڑھانے سے بنتی ہو۔ اس نقطۂ مرکزی پر جاکر بنے گی جس کا اوپر ہم نے ذکر کیا ہے اور اس مقام پر رویت نہایت صاف ہوگی۔ مذکورہ حالات میں شبیہ ہر حالت میں الٹی ہوگی اور اس کی تحریک دماغ میں جاکر ترکیب نفسی کی وجہ سے اس کو پھر سیدھی کردے گی۔

باہر کی اشیاء کی شبیہ کا حجم بھی آسانی سے ہم معلوم کرسکتے ہیں۔ بعینہٖ عدسہ کی طرح آنکھ کا بھی ایک مرکز مناظری ہوتا ہے جس کو ہم (Nodal point) نقطہ تقاطع کہتے ہیں۔



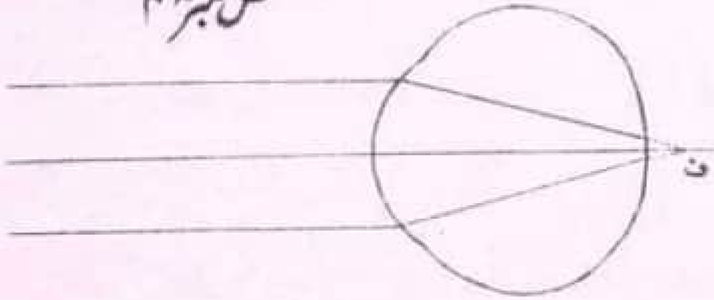
آنکھ کا مرکز مناظری۔ نقطہ تقاطع (نوڈل پائنٹ) ہے۔ زاویہ رویت اور بیرونی شے اور شبکیہ پر کی شبیہ کی نسبتی جسامت

یہ نقطہ انسانی آنکھ کے اندر عدسہ جلیدیہ کی موخر سطح کے نزدیک محور مناظری پر واقع ہوتا ہے اور جو شعاعیں اس نقطہ سے گذرتی ہیں ان کا انعطاف بالکل نہیں ہوتا۔ اب فضا میں اگر کوئی شے پَ بَ آنکھ کے سامنے واقع ہو تو اس کی شبیہ کو معلوم کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ پَ بَ کے دونوں سروں سے دو لکیریں مرکز مناظری تک کھینچی جائیں اور پھر دوسری طرف ان ہی لکیروں کو بڑھا کر شبکیہ تک پہونچا دیا جائے بس جہاں یہ دونوں لکیریں شبکیہ پر جاکر رکیں۔ ان دونوں نقطوں کا فاصلہ شبکیہ پر شبیہ ہوگا اور یہی گویا اس کی جسامت کو بتلائے گا۔ ان دونوں خطوط کے درمیانی زاویہ پَ ن بَ کا نام زاویۂ رویت ہوگا۔ دوسرے الفاظ میں وہ زاویہ جو کسی شے کے دو سروں سے خط کھینچ کر ان کو مرکز مناظری تک لے جانے سے بنتا ہے اس کو زاویۂ رویت Visual Angle کہتے ہیں۔

گویا یہ زاویہ پ ن ب ہے جو فضا کی کسی شے کے دونوں سروں کو نقطہ تقاطع تک بڑھانے سے بنتا ہے۔

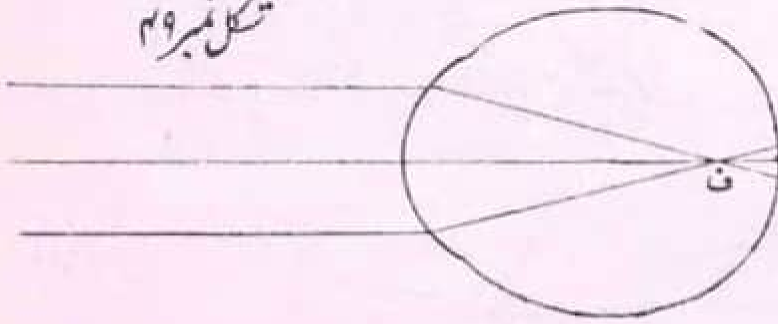
بعض آنکھوں میں طبقہ شبکیہ محل طبعی سے مختلف مقام پر واقع ہوتا ہے یعنی آنکھ کے ماسکہ سے نزدیک یا دور پیچھے کو۔ پہلی حالت میں طول بصر اور دوسری میں قصر بصر لاحق ہوتا ہے۔ دوسرے الفاظ میں طول بصر والی آنکھ میں شعاعوں کو مرکز پر جمع ہونے کے لئے کافی جگہ نہیں ملتی اور قصر بصر والی حالت میں گویا مرکز پر جمع ہو کر پھر شعاعیں منتشر ہو جاتی ہیں دونوں حالتوں میں شبیہ شبکیہ پر صاف نہیں بنتی۔ بلکہ بھدی اور خراب ہوتی ہے۔ طول بصر درازی بصر (Hypermetropia)۔ قصر بصر۔ کوتاہ نظری (Myopia) کامل نظر (Emmetropia)۔

شکل نمبر ۴۸



طول بصر والی آنکھ۔ متوازی شعاعیں شبکیہ کے پیچھے جا کر ایک مرکز پر جمع ہوتی ہیں۔

شکل نمبر ۴۹

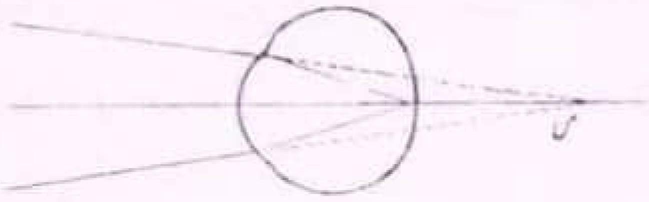


قصر بصر والی آنکھ۔ متوازی شعاعیں شبکیہ سے پہلے ایک مرکز پر جمع ہو کر پھر منتشر ہو جاتی ہیں۔

ہم جانتے ہیں کہ مناظریات میں ہم کسی شعاع نور کو پھر الٹا اسی راستہ پر لوٹا سکتے ہیں جس پر اس نے اس سے قبل سفر کیا ہو۔ دوسرے الفاظ میں اگر ہم یہ فرض کریں کہ طبقہ شبکیہ پر ایک منور مقام ہے جہاں سے شعاعیں ہر سمت میں پھیلتی ہیں۔ تو بعض شعاعیں ان میں سے عدسے کی موخر سطح سے جا کر ٹکرائیں گی۔ مذکورہ مثال میں ہم نے الٹی طرف سے اسی حالت کو سمجھنے کی کوشش کی ہے۔ جس کو ہم پہلے ایک اور طرح سمجھ چکے ہیں۔ کامل النظر آنکھ میں یہ شعاعیں اسی انعطاف سے باہر نکلیں گی۔ جس طرح باہر والی شعاعیں اس میں داخل ہو کر اندر آتی ہیں۔ اسی طرح ان کی یہی حالت بقیہ شفاف اجسام میں سے گذرنے پر بھی ہو گی۔ یعنی جس طرح متوازی شعاعیں اندر داخل ہوتی ہیں ٹھیک ویسے ہی یہ متوازی ہو کر باہر کو نکلیں گی۔ اور جس طرح اندر آتے ہوئے متوازی شعاعیں شبکیہ پر مرکزی حیثیت سے جمع ہوتی ہیں۔ اسی طرح شبکیہ پر سے چلنے والی شعاعیں باہر متوازی ہو جائیں گی۔

اب فرض کریں کہ ایک آنکھ طول بصر والی ہے یعنی معمول سے زیادہ چھوٹی ہے۔ ایسی آنکھ میں جب شعاعیں شبکیہ سے چل کر باہر کو نکلیں گی تو عدسہ تک پہونچنے میں وہ اس قدر متسع نہ ہو سکیں گی۔ جس قدر کہ کامل النظر آنکھ میں ہوتی ہیں۔ اس لئے آنکھ سے باہر نکلنے میں وہ متوازی ہونے کے بجائے متسع ہی رہیں گی۔ اور ان کی سمت ایسی ہو گی جیسا کہ اس شے کی جو آنکھ کے پیچھے کچھ فاصلہ پر رکھی ہوئی ہو۔

شکل نمبر ۹

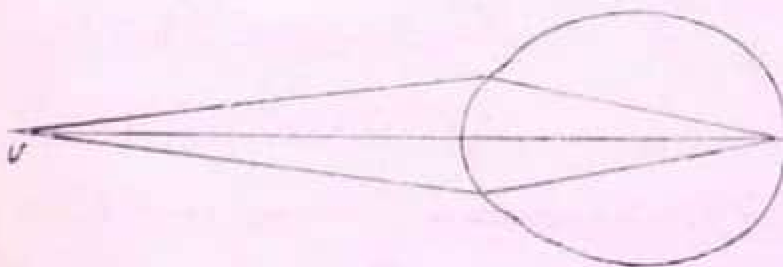


طول بصر والی آنکھ شبکیہ کے اوپر کسی روشن نقطہ سے شعاعیں چل کر آنکھ سے باہر نکلتی ہوئی متسع ہوتی ہیں۔ اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ شعاعیں مقام (س) سے جو آنکھ کے پیچھے واقع ہے آرہی ہیں

جس قدر شبکیہ عدسہ کے نزدیک ہوگا اسی قدر زائد اتساع ان شعاعوں میں باہر نکلنے پر پایا جائے گا۔ اور اسی قدر نزدیک آنکھ کے پچھلی طرف وہ نقطہ ہوگا جہاں سے یہ شعاعیں آتی ہوئی معلوم ہوتی ہیں۔

آنکھ کے پیچھے اس فرضی نقطے کو ہم آنکھ کا نقطہ بعیدہ (Far point or-remot point) کہتے ہیں تب کیہ کا نقطہ اور یہ خیالی نقطہ دونوں زوجی ماسکے (Conjugate-Foci) کہلاتے ہیں۔

اب ہم فرض کرتے ہیں کہ ایک آنکھ قصر بصر والی ہو یعنی طبعی حالت سے زیادہ لمبی ہے۔ ایسی آنکھ سے جب شعاعیں شبکیہ سے چل کر باہر کو نکلیں گی تو عدسہ تک پہونچنے میں بہ نسبت کامل النظر آنکھ کے بہت زیادہ متسع ہو جائینگی اور طول بصر والی آنکھ کے مقابلہ میں اور بھی زیادہ متسع ہوں گی۔ مقابلہ کے لئے ایک محدب عدسہ لے کر اس کے مرکز خصوصی سے دور ایک شے رکھ کر دیکھیں۔ اس صورت میں انعطافی واسطے۔ ان شعاعوں کو جو سامنے آئیں گی۔ کامل النظر آنکھ سے زیادہ ایک دوسرے کی طرف جھکائیں گے یا ایک مقام پر جمع کریں گے۔ اس لئے آنکھ سے باہر نکلنے پر وہ ایک دوسرے



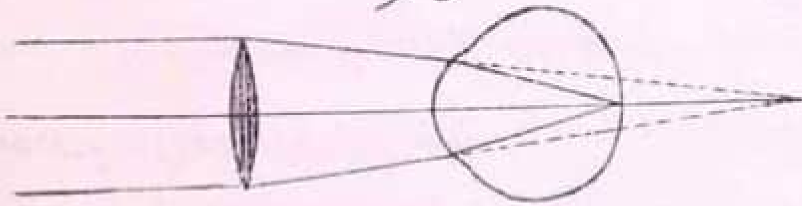
قصر بصر والی آنکھ :۔ طبقہ شبکیہ پر کوئی روشن مقام فرض کریں وہاں سے اگر شعاعیں باہر کو نکل رہی ہوں تو آنکھ سے نکلنے پر وہ استدقاقی ہو جاتی ہیں۔ گویا کہ وہ قرنیہ سے آگے کی طرف کو مقام (س) پر جا کر مرکز بناتی ہیں۔

کی طرف جھکی ہوں گی اور آنکھ کے سامنے ایک مقام پر مجتمع ہو جائیں گی۔ طبقہ شبکیہ جس قدر عدسہ سے دور ہوگا اسی قدر زیادہ قصر بصر کی شکایت لاحق ہوگی اور اسی قدر زیادہ یہ شعاعیں آنکھ سے نکلنے کے بعد ایک دوسرے کی طرف جھکی ہوں گی نیز اسی قدر آنکھ سے زیادہ نزدیک یہ شعاعیں ایک مقام پر جمع ہوں گی۔ یہ مقام بھی شبکیہ کے اس مقام کے ساتھ جہاں سے شعاعیں چلتی ہوئی خیال کی گئی ہیں۔ زوجی ماسکہ کہلائے گا۔ مگر اس حالت میں یہ نقطہ (Real) حقیقی ہوگا اس کو بھی ہم آنکھ کا (Far point-or-remote point) نقطہ بعیدہ کہیں گے

اب سوال یہ ہو کہ کامل النظر آنکھ کا نقطۂ بعیدہ کہاں ہوتا ہے؟ پہلی دونوں حالتوں میں یہ نقطہ اس مقام پر ہوتا ہی جہاں شعاعیں اندر سے نکل کر مجتمع ہوتی ہیں۔ کامل النظر آنکھ میں شعاعیں باہر نکل کر متوازی ہو جاتی ہیں۔ اس لئے اس آنکھ کا نقطۂ بعیدہ لاتناہی فاصلہ پر ہوگا۔

مذکورہ بیان سے ظاہر ہے کہ اگر ہم طول بصر والی آنکھ میں داخل ہوتی ہوئی شعاعوں کو کسی حد تک استدقاقی بنائیں تو یہ شبکیہ پر ایک جگہ جمع ہو کر باہر کی اشیاء کی شبیہ صحیح بنائیں گی۔

شکل نمبر ۲۵



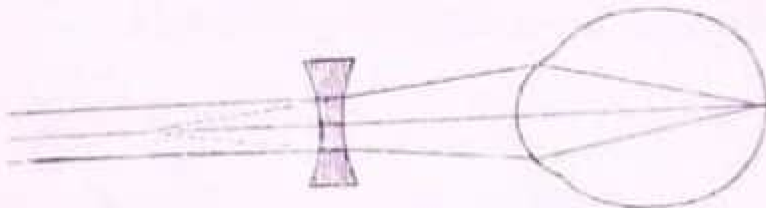
طول بصر والی آنکھ :- متوازی شعاعوں کو ایک مناسب محدب عدسہ کے ذریعہ شبکیہ پر مرکز پر لانا۔

اس بات کو ہم آنکھ کے سامنے محدب عدسہ رکھ کر پورا کر سکتے ہیں۔ اور عینک لگانے میں ہم یہی کرتے بھی ہیں۔ ایک عدسہ کی استدقاقی طاقت اس کے طول ماسکہ پر منحصر ہوتی ہے اس لئے ابصر والے طول بصر میں (۱) بصریہ طاقت والا محدب عدسہ لگایا جائے۔ اس عدسے کو آنکھ کے سامنے لگانے سے نور کی متوازی شعاعیں آنکھ کے پیچھے ایک میٹر پر یعنی آنکھ کے نقطہ بعیدہ پر جاکر جمع ہوں گی۔ ایسا عدسہ آنکھ کے انعطافی واسطوں سے مل کر نور کی متوازی شعاعوں کو شبکیہ پر جمع کر دیتا ہو مگر چونکہ عدسہ کو ہم آنکھ کی قرنیہ کے ساتھ لگا کر استعمال نہیں کر سکتے۔ اس لئے اگر یہ عدسہ ۲۰ ملی میٹر آنکھ کے سامنے ہو تو اس کا مرکز گویا پہلے کی نسبت ۲۰ ملی میٹر کم ہو جائے گا۔ ایک ہزار ملی میٹر میں بیس کی غلطی کوئی بڑا فرق پیدا نہیں کرتی اور اس قدر حالت کو آنکھ خود اپنی عضلی طاقت سے آسانی کے ساتھ درست کر لیتی ہے۔ اس لئے جس قدر طاقت کا عدسہ ضروری ہو اس کو آنکھ کے سامنے لگانے سے بینائی صاف ہو جاتی ہو۔ علیٰ ہذا القیاس قصر بصر میں اگر ہم آنکھ میں داخل ہونے

والی شعاعوں کو کسی قدر متسع بنادیں تو وہ آنکھ کے اندر داخل ہو کر شبکیہ پر مجتمع ہو جائیں گی۔

اس مقصد کو حاصل کرنے کیلئے ہم مقعر عدسہ آنکھ کے سامنے رکھتے ہیں۔

شکل نمبر ۵۳



قصر بصر والی آنکھ ٥۔ متوازی شعاعوں کو ایک مناسب مقعر عدسہ کے ذریعہ شبکیہ پر مرکز پر لانا۔

اگر عینک کے عدسہ کو ہم آنکھ کے مقدم ماسکہ کی جگہ پر رکھیں تو یہ مفید ہوتا ہے کیونکہ اس حالت میں باہر کی شے کی شبیہ شبکیہ پر بعینہٖ اتنی بڑی ہو گی جتنی کہ کامل النظر آنکھ میں ہوتی ہے۔ آنکھ کا مقدم ماسکہ ۱۴ ملی میٹر آنکھ کے سامنے ہوتا ہے اور یہ مقام آنکھ سے اس قدر نزدیک ہے کہ مژگاں کے بال اس کو لگ کر خراب کرتے ہیں اسی لئے عینک کے عدسے اس سے ذرا فاصلہ پر درست کر کے قائم کئے جاتے ہیں۔ مذکورہ وجوہ سے طول بصر والی آنکھ میں اگر عینک ذرا کمزور دیں اور قصر بصر والی آنکھ میں ذرا طاقتور تو زیادہ مناسب ہو گا اس کی وجہ سے شبکیہ پر طول بصر میں شبیہ بڑی بنتی ہے اور قصر بصر میں چھوٹی۔ طول بصر میں اس کا حجم بڑھنے سے مفید اثر ہوتا ہے مگر قصر بصر میں یہ نقصان دہ ہو۔ خاص کر جب کہ قصر بصر بہت زیادہ ہو۔ اس لئے قصر بصر والی آنکھ میں جس قدر آنکھ کے نزدیک عینک ہو سکے مناسب ہے۔ اس غرض کے لئے اگر مژگاں کو کاٹ کر چھوٹا بھی کر دیں تو کوئی حرج نہیں۔

ہم دیکھ چکے ہیں کہ ہر حالت میں نقطۂ بعیدہ اور نقطۂ قریبہ شبکیہ پر دونوں ماسکہ زوجی کہلاتے ہیں اس لئے ہر وہ شے جو نقطۂ بعیدہ پر ہو گی اس کی شبیہ آنکھ پر نہایت صاف بنے گی۔ اگر ہم قصر بصر والی آنکھ کو ایک دوسرے نقطۂ نظر سے دیکھیں تو زیادہ واضح ہو گا قصر بصر والی آنکھ میں ہم دیکھ چکے ہیں کہ نور کی شعاعیں اگر شبکیہ کے ایک نقطہ سے چلیں تو یہ آنکھ کے سامنے نقطۂ بعیدہ پر مجتمع ہو جاتی ہیں۔ اب ہم نور کی شعاعوں کے ٹھیک اسی راستے پر (جس راستہ پر نور کی شعاعیں گئیں جاتی ہیں) واپس آنے والے اصول کو دوبارہ استعمال کریں — اگر نقطۂ بعیدہ پر ایک منور شے ہو تو اس مقام سے شعاعیں چل کر آنکھ میں داخل ہوں گی اور شبکیہ پر آ کر اکٹھا ہو جائیں گی۔ دوسرے الفاظ میں اس کا مطلب یہ ہے کہ قصر بصر میں ہر اس شے کی شبیہ جو آنکھ کے نقطۂ بعیدہ پر ہوتی ہے شبکیہ پر بنتی ہے۔

مذکورہ توجیہات سے ہم سمجھتے ہیں کہ کس طرح قصر بصر والا مریض دور کی اشیاء کو صاف طور پر نہیں دیکھ سکتا۔ اور صرف نزدیک کی اشیاء کو دیکھ سکتا ہے۔ اگر وہ اپنی آنکھ کو سکیڑ کر دیکھنا چاہے تو دور کی اشیاء کو بھی دیکھ سکتا ہے۔ گویا اس طرح وہ آنکھوں کے

سامنے ایک باریک سا سوراخ بنا لیتا ہے جس طرح کہ ہم ایک دفتی کے اندر باریک سوراخ کر کے اس کے ذریعہ موم بتی کے شعلہ کی شبیہ اس سے قبل بنا کر دیکھ چکے ہیں۔

طول بصر والے مریض نہ دور کی اشیاء کو صاف طور پر دیکھ سکتے ہیں اور نہ نزدیک کی۔ کیوں کہ اُن کا نقطہ بعیدہ گو بے نقلی ہوتا ہے۔ اور کوئی شے اس پر وہ رکھ کر دیکھ نہیں سکتے۔ مگر یہ مریض طاقت توفیق کی وجہ سے قصر بصر والے مریضوں سے زیادہ فائدہ میں رہتے ہیں۔

ہم اس سے قبل بتا چکے ہیں کہ کامل النظر آنکھ سکون کی حالت میں صرف دور کی اشیاء کو صاف صاف دیکھ سکتی ہے کیونکہ دور کی اشیاء سے آتی ہوئی نور کی شعاعیں متوازی طور پر آنکھ کے اندر داخل ہوتی ہیں۔ عملی کاموں میں ۲۰ فٹ سے زائد کی اشیاء کی شبیہ شبکیہ پر صاف بنتی ہے۔

آنکھ کی حالت خواہ وہ کامل النظری کی ہو یا قصر بصری کی یا طول بصری کی اس کو ہم آنکھ کا انعطاف کہتے ہیں چونکہ یہ نام آنکھ کی سکونی حالت کو بیان کرتا ہے اس لئے اس کا نام سکونی انعطاف عینی (Static Refraction) بہتر ہے

گزشتہ صفحات میں ہم نے صرف ان انعطافی غیر طبعی حالات کے متعلق بحث کی ہے۔ جن کا تعلق آنکھ کے محور کی لمبائی یا اس کے کم ہونے سے ہی غیر طبعی بینائی کی حالت کبھی دوسری وجوہ سے بھی ہو سکتی ہے۔ مثلاً قصر بصر والی آنکھ کے مختلف شفاف واسطوں کی انعطافی طاقت کے بہت تیز ہونے کی وجہ سے بھی پیدا ہو سکتی ہے اور اس صورت میں باوجودیکہ آنکھ کا محور طبعی ہوتا ہے پھر بھی نور کی شعاعیں شبکیہ پر پہونچنے سے قبل ہی مجتمع ہو جاتی ہیں۔

آنکھ کی انعطافی طاقت کا کم یا زیادہ ہونا دو باتوں پر منحصر ہے انعطافی واسطوں کا تناسب انعطافی (Refraction index) کم و بیش ہو یا انعطافی سطحوں کے انحنا میں فرق ہو۔ ان حالتوں کو ہم عین غیر متعادلہ (غیر طبعی آنکھ) کہتے ہیں۔

(۱) نظر غیر صحیح بوجہ اختلاف تناسب انعطافی۔

(۲) نظر غیر صحیح بوجہ اختلاف انحنا سطوح۔

نظر غیر صحیح بوجہ اختلاف تناسب انعطافی شاذ ہی دیکھنے میں آتی ہے مگر نظر غیر صحیح بوجہ اختلاف انحنا سطوح کو خاص اہمیت حاصل ہے اور یہ صرف اس وجہ سے نہیں کہ اس کے سبب سے قصر البصر طول بصر بسیط قسم کا پیدا ہوتا ہے بلکہ اس سے بھی زیادہ تکلیف دہ حالت جس کو ہم غیر مسدد (Astigmatism) کہتے ہیں۔ پیدا ہوتی ہے۔

عام طور پر صحیح وغیر صحیح نظر والی آنکھوں میں انعطافی واسطوں کی وہ سطحات جو عنبیہ سے ڈھکی ہوئی نہیں ہوتیں اور جو بینائی میں حصہ لیتی ہیں تقریباً کروی ہوتی ہیں۔ مگر بعض حالتوں میں ایسا نہیں ہوتا اور ان میں سے بیشتر حالتوں کے اندر خرابی قرنیہ کے اندر ہوتی ہے۔ اور یہ خرابی عمودی وافقی محوروں میں سے ایک کے اندر پائی جاتی ہے یعنی قرنیہ اوپر سے نیچے کی طرف عمودی محور میں بہ نسبت اپنے افقی محور کے زیادہ چپٹی ہوتی ہے۔ تاہم دونوں انحنا کروی ہی ہوتے ہیں یعنی ایک انحنا دوسرے کی نسبت زیادہ کروی (Spherical) ہوتا ہے۔ یا ہم یہ بھی کہہ سکتے ہیں کہ افقی انحنا کا نصف قطر عمودی انحنا کے نصف قطر سے زاید ہوتا ہے۔ اس کی وجہ شاید یہ ہے کہ اجفان مقاعین کو اوپر اور نیچے سے دباتے ہیں۔ جس کی وجہ بیچ کا افقی حصہ زیادہ منحنی ہو جاتا ہے۔ اور عمودی حصہ کم منحنی رہ جاتا ہے۔

ایسی قرنیہ کا آنکھ کی قوت انعطافی پر کیا اثر ہوگا؟ ظاہر ہے کہ زیادہ کروی حصہ میں سے نور کی شعاعیں گذر کر بہ نسبت دوسرے کروی محور کے ایک دوسرے کی طرف زیادہ جھکیں گی اور نور کی جو شعاعیں افقی سطح سے منعطف ہوں گی ان سب کا انعطاف ایک سا ہوگا۔ اسی طرح جو عمودی سطح سے منعطف ہوں گی ان کا انعطاف بھی ایک سا ہوگا۔ مگر دونوں ایک مقام پر مجتمع ہو کر شبیہ صحیح نہ بنائیں گی۔ گویا ان کے مرکز دو ہوں گے اس لئے شبیہ دو ہوں گی۔ لہذا شبیہ پر صاف شبیہ کا پیدا ہونا اس حالت میں ناممکن ہوگا۔ کیوں کہ خارجی اشیاء سے نور کی شعاعیں ایک مقام پر مجتمع نہیں ہوتیں۔ اس حالت کو ہم نظر غیر مسدد (Astigmatism) کہتے ہیں۔

(۱) مذکورہ حالت میں یہ ممکن ہے کہ آنکھ میں طول بصر اور اس کے علاوہ قرنیہ کے انحنا کی خرابی کی وجہ سے ایک طرف یہ حالت طول بصری زیادہ اور دوسری طرف کم ہو۔ اس حالت کو ہم مرکب غیر مسدد طول بصری (Compound Hypermetropic Astigmatism) کہتے ہیں۔

(۲) یہ بھی ممکن ہے کہ آنکھ میں قصر بصر ہو اور اس کے علاوہ قرنیہ کے انحنا کی خرابی سے ایک طرف کے انحنا میں قصر بصری زیادہ ہو اور دوسری طرف کم۔ اس حالت کو ہم مرکب غیر مسدد قصر بصری Compound Myopic Astigmatism کہتے ہیں۔

(۳) یہ بھی ممکن ہے کہ قرنیہ کے عمودی انحنا میں تو کوئی خرابی نہ ہو یعنی وہ طبعی حالت میں ہو مگر اس کا دوسرا انحنا قصر بصر کی حالت میں ہو۔ اس صورت میں ہم اس نقص کو بسیط غیر مسدد قصر بصری Simple Myopic Astigmatism کہیں گے۔

یہ بھی ممکن ہے کہ قرنیہ کے افقی یا عمودی انحنا میں سے ایک طبعی ہو اور دوسرے میں طول بصری کی حالت ہو اس حالت کو بسیط

غیر مسدد طول بصری Simple Hypermetropic Astigmatism کہا جائے گا۔

طاقت توفیق

اب ہم یہ سوچتے ہیں کہ طبعی آنکھ والا شخص آخر کس طرح دور اور نزدیک کی چیزوں کو صاف طور پر دیکھ سکتا ہے یہ تو ہم پہلے ہی بتا چکے ہیں کہ دُور کی چیزیں جو بیس فٹ سے زیادہ فاصلہ پر ہوں تو ان کی شبیہ طبقہ شبکیہ پر صاف بنتی ہے۔ کیوں کہ نور کی شعاعیں ان سے چل کر آنکھ کے اندر متوازی داخل ہوتی ہیں اور یہ بھی معلوم ہو چکا ہے کہ آنکھ کے شفاف واسطے اس طرح مترتب ہیں کہ صرف متوازی شعاعیں شبکیہ پر جاکر مجتمع ہوتی ہیں۔ اب سوال یہ پیدا ہوتا ہے کہ آخر اس کی کیا وجہ ہے کہ دور کی چیزوں کے علاوہ نزدیک کی اشیاء کی شبیہ بھی شبکیہ پر صاف بنتی ہے اور طبعی آنکھ میں ضرور ایسا ہوتا ہے اگر کوئی شے آنکھ سے ۹ انچ کے فاصلہ پر ہو تو یہ ظاہر ہے کہ جو شعاعیں اس شے سے چل کر آنکھ کے اندر داخل ہوتی ہیں وہ بہت زیادہ متسع ہوتی ہیں متوازی بالکل نہیں ہوتیں۔ اور طبعی حالت میں آنکھ کی استدقاقی قوت صرف متوازی شعاعوں کو شبکیہ پر جمع کر سکتی ہے اس لئے لازم آتا ہے کہ اگر آنکھ کی استدقاقی قوت اور زیادہ عمل میں نہ آئے تو یہ شعاعیں شبکیہ سے پیچھے جاکر ایک مرکز پر جمع ہوں گی مگر چوں کہ طبقہ شبکیہ پر خارجی اشیاء کی شبیہ اب بھی صاف بنتی ہے۔ لهذا لا محالہ اس کا مطلب ہے کہ اس میں یہ صلاحیت موجود ہے کہ بوقت ضرورت استدقاقی قوت کو زیادہ کر سکے تاکہ مختلف فاصلوں سے خارجی اشیاء کی شبیہ شبکیہ پر صاف بنتی رہے۔ اس طاقت کو جس کی وجہ سے آنکھ اس قابل ہوتی ہے کہ مختلف فاصلہ کی اشیاء کو اچھی طرح صاف دیکھ سکے ہم طاقت توفیق (Power of Accomodation) کے نام سے موسوم کرتے ہیں اور اسی کے ذریعہ آنکھ اپنی استدقاقی طاقت کو ضرورت کے لحاظ سے بڑھا یا گھٹا سکتی ہے۔ یہ بڑھاؤ یا گھٹاؤ صرف طبعی حد تک ہو سکتا ہے طبعی حالت سے اور زیادہ کمی ممکن نہیں۔

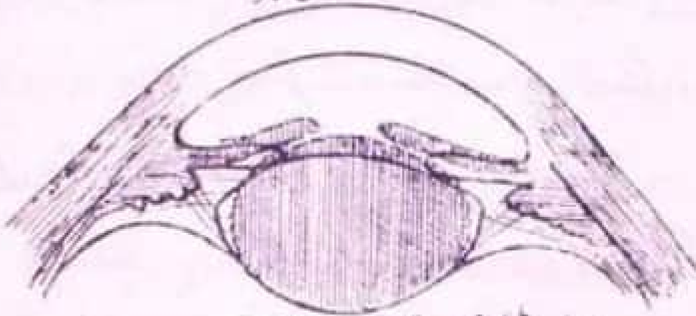
اس سے قبل ہم دیکھ چکے ہیں کہ محدب عدسہ کی انعطافی طاقت اس کے انعطافی تناسب اور اس کی سطح کے انحناء پر منحصر ہوتی ہے۔ طاقت توفیق کے اثر سے موخر الذکر تبدیلی عدسہ جلیدیہ میں رونما ہوتی ہے۔

سکون کی حالت میں عدسہ کی سطوح کا انحناء تقریباً کروی ہوتا ہے اور اس کی مقدم سطح کے انحناء کا نصف قطر ۱۰ ملی میٹر اور موخر سطح کے انحناء کا نصف قطر ۶ ملی میٹر ہوتا ہے۔

طاقت توفیق کے عمل کے وقت عدسہ کی موخر سطح کا انحناء تقریباً وہی رہتا ہے مگر اس کی مقدم سطح کا انحناء بدل جاتا ہے یہاں تک کہ جب طاقت توفیق پوری طرح برسر کار ہوتی ہے تو اس کے انحناء کا بھی نصف قطر ۶ ملی میٹر ہو جاتا ہے۔ اس حالت میں

گویا آنکھ کی انعطافی استعدادی طاقت نصف النہار پر ہوتی ہے یعنی شعاع وارد کو عدسہ اس حالت میں سب سے زیادہ جھکاتا ہے

عدسہ جلیدیہ کی مقدم سطح کے انحنا کو زیادہ کرنے میں مندرجہ ذیل عمل برسرکار ہوتا ہے۔



ماہر ہلم ہولٹز کے نظریہ طاقت توفیق کے متعلق تصویر

عدسہ جلیدیہ کی نسیجیں اس قدر نرم ہوتی ہیں کہ اپنے غلاف کے شکل بدلنے سے خود بھی اسی شکل کو اختیار کر لیتی ہیں۔ عدسہ کا غلاف جسم ہدبی کے ساتھ رباط معلقہ کے ذریعہ ملحق ہوتا ہے۔ سکون کی حالت میں رباط معلقہ کے الیاف تنے رہتے ہیں۔ جسم ہدبی کے اندر عضلۂ ہدبیہ ہوتا ہے جس کی ابتدا اس مقام سے ہوتی ہے جہاں قرنیہ صلبیہ کے ساتھ متصل ہوتا ہے یعنی خزانۂ مقدم کے زاویہ سے۔

جب عضلۂ ہدبیہ منقبض ہوتا ہے تو یہ جسم ہدبی کے موخر اور مشیمیہ کے مقدم حصہ کو سامنے کی طرف کھینچتا ہے جس کا اثر رباط معلقہ پر یہ ہوتا ہے کہ وہ ڈھیلے پڑ جاتے ہیں ان کے ڈھیلا پڑ جانے سے غلاف عدسی ڈھیلا ہو جاتا ہے۔ عدسہ کی موخر سطح زجاجیہ کے سہارے کی وجہ سے قائم (Fixed) رہتی ہے۔ لہذا غلاف کے ڈھیلا ہونے کا اثر اس کی مقدم سطح پر ہوتا ہے۔ اسی لئے یہ آگے کی طرف کو جھک جاتا ہے چوں کہ عدسہ کی ساخت بھی اس کے ساتھ وابستہ ہے لہذا جو اس کی شکل ہوگی وہی اس کی ہو جائے گی اسی لئے عدسہ زیادہ طاقتور ہو جاتا ہے۔

مذکورہ نظام کے متعلق سب سے زیادہ مقبول نظریہ ماہر ہلم ہولٹز (Helm Holtz) کا ہے۔ طاقت توفیق کے ذریعہ ہمارا اثر عضلۂ ہدبیہ پر بہت لطیف ہوتا ہے مگر یہ سب ہماری قوت ارادی کی بےخبری میں انجام پاتا ہے۔ اسی کے ذریعہ ہماری آنکھ ہر فاصلے کے لئے ہر آن اپنی طاقت انعطافی کو بدلتی رہتی ہے اور بیرونی اشیاء کی شبیہ ہمارے طبقہ شبکیہ پر ہر حالت میں صحیح و صاف بنتی رہتی ہے طبعی آنکھ سے طاقت توفیق کے ذریعہ ہم ۲۰ فٹ سے لے کر آنکھ کے نزدیک چند انچ تک بخوبی دیکھ سکتے ہیں۔

آنکھ کے نزدیک وہ مقام جہاں پر ہم آسانی سے اور صاف طور پر کسی چھوٹی سی شے کو دیکھ سکتے ہیں یا باریک حرف پڑھ سکتے ہیں اس کو ہم آنکھ کا نقطۂ قریبہ (Punctum Proximum) کہتے ہیں۔ اس کو معلوم کرنے کے لئے ہم آنکھ کے نزدیک ایک باریک تاگا آہستہ آہستہ لاتے ہیں۔ جب یہ صاف دکھائی نہیں دیتا تو آنکھ سے لے کر اس تاگے کے فاصلے کو ناپ لیتے ہیں یہی فاصلہ ہماری اس آنکھ کے نقطۂ قریبہ کا ہوتا ہے۔

ماہرین چشم عام طور پر باریک چھاپے کے حرف کو آنکھ کے نزدیک آہستہ آہستہ لاتے ہیں حتیٰ کہ ایک ایسا مقام آتا ہی جہاں سے اس کو ہم نہیں پڑھ سکتے۔ اس فاصلہ کو انچ والے فیتہ یا سنٹی میٹر پیمانے سے ناپ لیتے ہیں۔ اس مقام پر گویا طاقت توفیق کا عمل سب سے زیادہ ہوتا ہی۔ غلاف عدسی اس صورت میں اس قدر ڈھیلا ہو جاتا ہی جتنا اس کے لئے ممکن ہوتا ہی۔ اس کے بعد اگر ہم کسی شئے یا باریک حرفوں کو پڑھنا چاہیں تو آنکھ کے سامنے محدب عدسہ لگانے کی ضرورت پیش آتی ہی۔ ورنہ اس کو صحیح طور پر صاف صاف دیکھنا ممکن نہیں ہوتا۔

ہم یہ بتا چکے ہیں کہ آنکھ کا نقطۂ بعیدہ (Far point) آنکھ کے سکونی انعطاف پر منحصر اور کامل النظر قصر بصر طول بصر والی آنکھوں کے لئے مختلف ہوتا ہی۔ آنکھ کا نقطہ قریبہ Near point بھی اس کے سکونی انعطاف پر منحصر ہوتا ہی۔ مگر عمر کے ساتھ بھی اس کا تعلق ہی اس کی وجہ یہ ہی کہ جوں جوں عمر بڑھتی ہی عدسہ جلیدیہ کی ساخت بھی کسی حد تک سخت ہوتی جاتی ہے عدسہ جلیدیہ کی ساخت بشری خلیات پر مشتمل ہی اور اس کا مرکزی حصہ جس کو ہم عدسی نویہ بھی کہتے ہیں سب سے زیادہ پرانا ہوتا ہی عمر کے زیادہ ہونے پر مرکزی خلیات میں سختی زیادہ ہو جاتی ہی اور ان کے اوپر دباؤ زیادہ پڑتا ہی۔ اس وجہ سے عدسی نویہ عمر کے ساتھ حجم میں بڑھتا جاتا ہے اور سخت بھی ہوتا جاتا ہی۔

عدسہ کا قشری حصہ نویہ سے نرم ہوتا ہے مگر عمر کے بڑھنے کے ساتھ رفتہ رفتہ یہ بھی نویہ میں تبدیل ہوتا جاتا ہی۔ اس لئے عدسہ گویا اپنی غلافی تبدیلیوں کے ساتھ اپنی شکل نہیں بدل سکتا۔

دس برس کا بچہ اپنی آنکھ سے (۳ انچ ۷ سنٹی میٹر کے فاصلہ سے پڑھ سکتا ہی۔ تیس برس کا انسان ساڑھے پانچ انچ سے کم فاصلہ پر صفائی سے پڑھ نہیں سکتا۔

اس سے قبل ہم بتا چکے ہیں کہ محدب عدسہ کی انعطافی طاقت اس کے طول ماسکہ کے مطابق ہوتی ہی اگر ایک عدسہ کا طول ماسکہ ۱۰۰ سنٹی میٹر ہو تو اس کو ہم ابصریہ کی طاقت کا عدسہ کہتے ہیں۔ اگر پچاس ہو تو دو بصریہ طاقت والا۔ علیٰ ہذا القیاس۔

یہ طریقہ ہم آنکھ کے سکونی اور عملی Static and dynamic انعطاف کے لئے استعمال کرتے ہیں۔

مثلاً قصر بصر والی آنکھ جس کا نقطہ بعیدہ سکونی حالت میں ایک میٹر آنکھ کے سامنے ہو اس کو ہم ابصریہ قصر بصر کہتے ہیں علیٰ ہذا القیاس اگر طول بصر والی آنکھ کا نقطہ بعیدہ سکون کی حالت میں آنکھ کے پیچھے نصف میٹر پر ہو تو اس کو ہم ۲ بصریہ طول بصر کہیں گے۔

اسی طریقہ سے کامل النظر آنکھ جس کا نقطہ بعیدہ لانہایت پر ہوتا ہے سکون کی حالت میں اس میں کوئی انعطافی طاقت نہیں

ہوتی $\frac{۱}{\text{لانہایت}}$ = لانہایت

اسی اصول کو عملی انعطاف Dynamic refraction پر منطبق کر کے ہم دیکھتے ہیں کہ دس برس کا بچہ جس کا نقطہ قریبہ آنکھ ۷ سنٹی میٹر پر ہے اس کی انعطافی طاقت $\frac{۱۰۰}{۷}$ = ۱۴ البصریہ ہوگی اور تیس برس کا انسان جس کا نقطہ قریبہ آنکھ سے ۱۴ سنٹی میٹر پر ہے۔ اس کی انعطافی طاقت $\frac{۱۰۰}{۱۴}$ = ۷ بصریہ ہوگی۔

مذکورہ اصول کے مطابق ہم کو نہ صرف کامل النظر آنکھ بلکہ قصر بصر و طول بصر والی آنکھ کی انعطافی طاقت بھی معلوم ہوسکتی ہے۔ ذیل کے کلیہ سے ہم اس کو ہمیشہ معلوم کر سکتے ہیں ا = پ - ر جس کا مطلب یہ ہے کہ طاقت توفیق کی حد = انعطاف عین جس صورت میں کہ عمل توفیق پورا برسر کار ہو۔

ا - طاقت توفیق کی حدود - پ یعنی نقطہ قریبہ کا فاصلہ - ر - انعطافی طاقت آنکھ کے سکون کے وقت

مذکورہ کلیہ کو ہم مثالوں کے ذریعہ بیان کرتے ہیں۔

دس برس کا کامل النظر بچہ :- جس کا نقطہ قریبہ = ۷ سنٹی میٹر - لہذا اس کی انعطافی طاقت = $\frac{۱۰۰}{۷}$ ہوگی۔

کامل النظر آنکھ کا سکونی انعطاف = $\frac{۱}{\text{لانہایت}}$ یعنی لانہایت۔

اس لئے طاقت توفیق کی حد = پ - ر۔

$$= \frac{۱۰۰}{۷} - \frac{۱}{\text{لانہایت}} = ۱۴ - ۰ = ۱۴ \text{ البصریہ}$$

(۲) کامل النظر ایسی آنکھ جس کا نقطہ قریبہ ۱۲٫۵ سنٹی میٹر ہو اس کی طاقت توفیق کی حد کیا ہوگی؟

ا = پ - ر یعنی

$$ا = \frac{۱۰۰}{۱۲٫۵} - \frac{۱}{\text{لانہایت}} = ۸ - ۰ = ۸ \text{ بصریہ}$$

(۳) ایک قصر بصر والی آنکھ جس میں قصر بصر ۲ بصریہ ہے اس کا نقطہ قریبہ ۸ سنٹی میٹر آنکھ کے سامنے واقع ہو تو اس کی طاقت توفیق کی حد کیا ہوگی - جبکہ سکونی انعطاف اس آنکھ کا ۲ بصریہ ہے۔

ا = پ - ر

$$ا = \frac{۱۰۰}{۸} - ۲ = ۱۲\tfrac{۱}{۲} - ۲ = ۱۰٫۵ \text{ البصریہ}$$

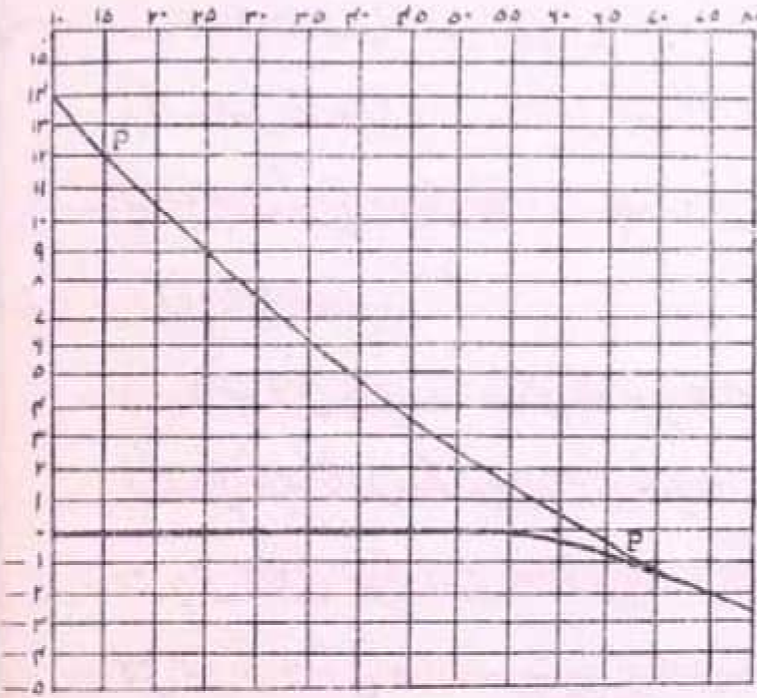
(۴) ایک طول بصر والی آنکھ جس کا طول بصر ۲ بصریہ ہے اس کا نقطہ قریبہ ۱۲٫۵ سنٹی میٹر ہے بتاؤ اس کی طاقت توفیق

کی حد کیا ہو گی ؟ -

ایسی آنکھ میں نقطہ بعیدہ مجازی اور آنکھ کے پیچھے واقع ہوتا ہے - اس لئے اس فاصلہ کا نشان بجائے مثبت کے منفی ہوگا -

لہذا - ل = $\frac{۱۰۰۰}{۱۲٫۵}$ - ۳ - = ۸ + ۳ = ۱۱ البصریہ -

(مختلف عمروں میں سکونی اور زیادہ سے زیادہ عملی انعطاف کا نقشہ)



نقشہ میں بائیں طرف صفر کے نیچے کے ہندسے مقعر عدسوں کی طاقت اور صفر کے اوپر کے ہندسے محدب عدسوں کی طاقت کو بصریہ میں ظاہر کرتے ہیں - نقشہ کے اوپر کے ہندسے مختلف عمریں بتاتے ہیں -

اب ہم مختلف عمروں میں آنکھ کے نقطہ قریبہ کا منحنی خط (Curve) پیش کرتے ہیں - اس کا مطالعہ کرنے سے معلوم ہوگا کہ طاقت توفیق کی حد تمام عمر کم ہوتی رہتی ہے عموماً پڑھنے کے لئے ہم کتاب کو آنکھ سے تقریباً دس انچ یا ۲۲ سنٹی میٹر کے فاصلہ پر رکھتے ہیں یا سینے پرونے کا کام بھی اسی فاصلہ پر انجام دیتے ہیں - ۲۵ سنٹی میٹر پر صاف طور پر دیکھنے کے لئے ہمارے لئے $\frac{۱۰۰}{۲۵}$ = ۴ بصریہ کی طاقت والی طاقت توفیق کا استعمال ضروری ہے (شکل نمبر ۵۵)

مذکورہ جدول سے معلوم ہوگا کہ کامل النظر آنکھ میں چالیس برس کی عمر پر صرف ۴ بصریہ طاقت توفیق باقی رہ جاتی ہے گویا اب بھی وہ (۲۵) سنٹی میٹر فاصلہ سے آسانی کے ساتھ پڑھ سکتا ہے مگر اس سے نزدیک لا کر وہ پڑھنے کے قابل نہیں ہوتا - اب اس کی عمر اگر ۴۶ برس کی ہو تو اس کی آنکھ میں طاقت توفیق صرف ۳ بصریہ رہ جائے گی ایسے شخص کے لئے اب ۲۵ سنٹی میٹر کے فاصلے پر دیکھنا ذرا مشکل ہوگا - دوسرے الفاظ میں اس کا مطلب یہ ہے کہ پڑھنے کے لئے بینائی خراب ہو جائے گی - مگر کتاب کا فاصلہ زیادہ کرنے سے وہ پھر صاف دیکھنے کے قابل ہوگا یعنی اب اس کو یہ کتاب $\frac{۱۰۰}{۳}$ = ۳۳ سنٹی میٹر فاصلے پر رکھنا پڑے گی - اگر اس کی عمر اس سے بھی بڑی ہو تو اس فاصلہ کو اور بھی زیادہ کرنا ہوگا، یا اس کو پڑھنے کے لئے بڑے بڑے حروف والی کتاب لینا ہوگی - ورنہ اس کو نہ پڑھنے پر قناعت کرنا ہوگی یہی حالت بصر شیخوخیہ Presbyopia کہلاتی ہے -

مذکورہ بیان سے ظاہر ہے کہ پڑھنے لکھنے سینے پرونے کے لئے ایسے اشخاص کو کبھی ۴ بصریہ سے زائد طاقتور عینک لگانے کی ضرورت نہ ہوگی۔ کیوں کہ جس فاصلہ پر پڑھنے یا سینے پرونے کا کام کرتے ہیں اس کے لئے ۴ بصریہ کی طاقت توفیق کافی ہوتی ہے کیوں کہ کامل النظر آنکھ کا نقطۂ قریبہ پڑھنے کے فاصلے پر لانے کے لئے ۴ بصریہ عدسہ کی ضرورت ہوتی ہے۔ سادہ بصر شیخوخیہ (Symple presbyopia) کے واسطے عینک کے لئے قاعدہ کلیہ یہ ہے کہ ۴۰ برس کی عمر کے بعد ہر پانچ سال کے لئے ½ بصریہ طاقت والی عینک دی جائے گویا ساٹھ برس تک ایسے شخص کو ۴ بصریہ طاقت والی عینک درکار ہوگی۔

بعض طلبا طب یہ خیال کرتے ہیں کہ کامل النظر انسانوں میں بصر شیخوخی گویا ۴۵ برس کی عمر سے شروع ہوتی ہے اور طول بصر والوں میں اس سے قبل شروع ہو جاتی ہے۔ مگر یہ خیال ان کا غلط ہے۔ بات در اصل یہ ہے کہ یہ حالت زندگی کی ابتدا ہی سے جاری رہتی ہے مگر تکلیف وہ اس وقت ہوتی ہے جب آنکھ کا نقطۂ قریبہ اس قدر دور چلا جاتا ہے کہ اس مقام سے آسانی کے ساتھ پڑھنا ناممکن ہو جاتا ہے۔

طاقت توفیق کے ساتھ دو عمل اور بھی برسر کار ہوتے ہیں۔ ان میں سے ایک کا تعلق عنبیہ سے ہے اور دوسرے کا آنکھ کے محور سے۔ کسی نزدیک شے کے دیکھنے کے لئے ضروری ہے کہ دونوں آنکھیں اندر کی طرف دیکھیں اور ایک دوسرے کی طرف جھکیں طاقت توفیق کی طرح استدقاقی (Canvergence) عمل بھی آنکھ سے اس شے کے فاصلے پر منحصر ہے گویا طاقت استدقاق اور طاقت توفیق کے درمیان گہرا تعلق ہے اور اسی تعلق کی وجہ سے ایک دوسرے کے لئے شرکی حرکات ہیں۔

نزدیک والی شے کی طرف دیکھنے میں حدقۂ عین منقبض ہوتا ہے مختلف تجربات سے ثابت ہو چکا ہے کہ حدقۂ عین کے انقباض کا تعلق زیادہ تر استدقاقی قوت کے ساتھ ہے طاقت توفیق کے ساتھ نہیں۔ گویا حدقۂ عین کی یہ حرکت شرکی فعل ہے۔ عمل توفیق کے ساتھ حدقۂ عین کے سکڑنے کی غایت یہ نہیں ہوتی کہ اس کے سبب سے نور کی بعض شعاعیں جو خیال کے صاف بننے میں کاوٹ پیدا کرتی ہیں وہ رک جائیں کیوں کہ یہ مقصد تو عمل توفیق ہی سے حاصل ہو جاتا ہے۔ بلکہ اس کی غرض یہ ہوتی ہے کہ نزدیک کے فاصلے سے آنکھ کے اندر مختلف بیرونی اشیاء سے کم روشنی داخل ہو مگر عنبیہ کا انقباض اس ضرورت سے زائد ہوتا ہے۔

حدقۂ عین

آنکھ کے اندر عنبیہ کا وہی عمل ہوتا ہے جو دوربین یا عکسالہ کے اندر حجاب کا محدب مراۃ سے معکوس ہو کر اور محدب عدسہ سے گذر کر شعاعیں سب کی سب ایک جگہ مرکز پر جمع ہوتی ہیں۔ یہ کلیہ قاعدہ ان شعاعوں کے لئے درست ہے جو محور کے نزدیک ہوتی ہیں۔ محدب عدسہ سے گذر کر وہ متوازی شعاعیں جو محور کے نزدیک ہیں ماسکہ اصلی پر مجتمع ہوتی ہیں مگر محور سے دور افتادہ شعاعیں بہت

زیادہ انعطاف کی وجہ سے عدسہ ورماسکہ اصلی کے درمیانی فاصلہ پر مجتمع ہوتی ہیں اس کی وجہ سے شبیہ صاف نہیں بنتی۔ ان حجاب یا عنبیہ کا یہی مصرف ہے کہ جو شعاع محور سے دور ہوں یہ ان کو آنکھ کے اندر داخل ہی نہ ہونے دے ۔ اور اس طرح شبیہ کے صاف بننے میں مدد دے۔ آنکھ میں قرنیہ اپنے محیط کے پاس کروی بھی نہیں ہوتا اور بعض اوقات اس کا انحنا مرکز کے نزدیک بھی پورا قوسی یا کروی نہیں ہوتا۔ اس لئے ایسی صورتوں میں شبیہ کی صفائی میں فرق آنے کا بڑا خطرہ ہوتا ہے۔ عنبیہ اس خطرہ کا پوری طرح ازالہ کر دیتا ہے۔ شبیہ کے صاف نہ بننے کی ایک وجہ اور بھی ہے وہ یہ کہ شفاف واسطوں کی کروی سطوح اپنے اندر سے شعاعوں کا انعطاف نامکمل طور پر کرتی ہیں یعنی سفید روشنی۔ ہم جانتے ہیں کہ سات رنگوں سے مل کر بنتی ہے اور ان مختلف رنگوں میں سے ہر ایک کا انعطاف مختلف ہوتا ہے مثلاً بنفشی رنگ کا سب سے زیادہ اور سرخ کا سب سے کم۔ اس لئے سفید روشنی بعض اوقات اپنے مختلف رنگوں میں منقسم ہو جاتی ہے جس کی وجہ سے خیال کے کنارے رنگین ہوتے ہیں اس حالت کو ہم "لونی خلل انعطافی" Chromatic aberration کہتے ہیں۔ جب آنکھ کے اندر روشنی داخل ہوتی ہے اور شبکیہ پر پڑتی ہے تو حدقہ عین منقبض ہو جاتا ہے۔ اوپر ہم بیان کر چکے ہیں کہ توفیقی عمل کے وقت جب آنکھیں ایک دوسرے کی طرف جھکتی ہیں تو بھی حدقہ عین منقبض ہوتا ہے۔

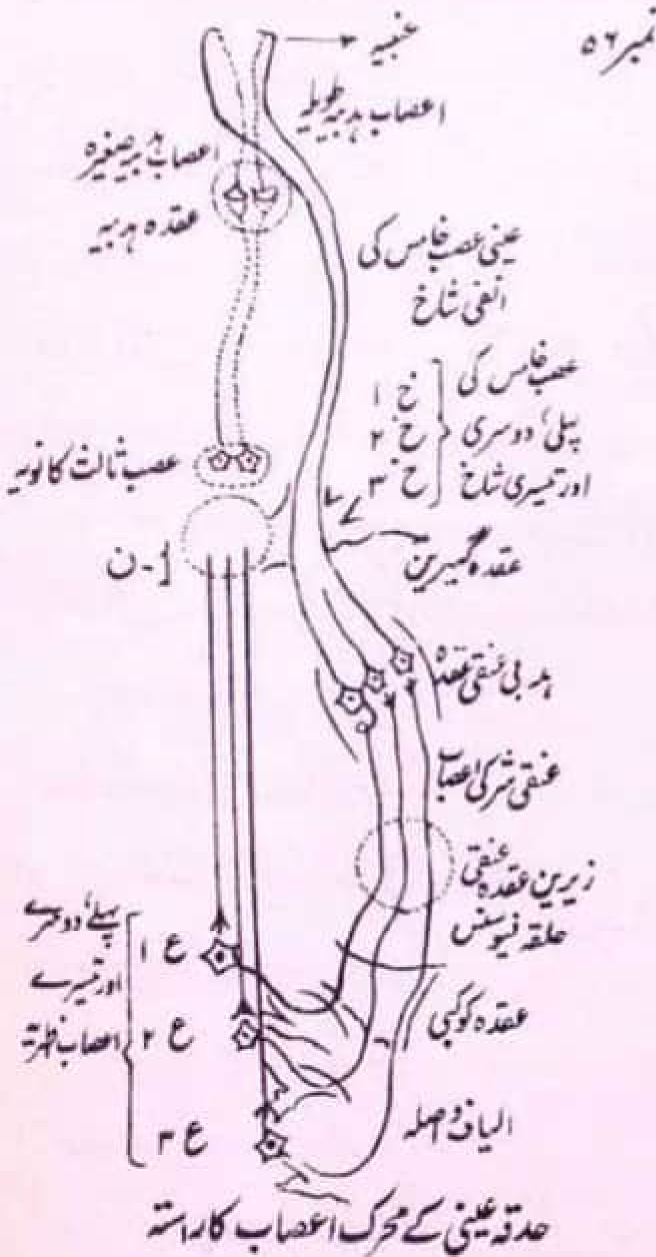
اگر جسم کے کسی حصہ کی جلد کو چٹکی لیں تو حدقہ عین منبسط ہو جاتا ہے۔ اسی طرح اگر کسی حسی عصب میں اس قدر تحریک پہنچائیں کہ درد پیدا ہو جائے تو بھی حدقہ عین منبسط ہو جاتا ہے۔

مختلف تحریکات کے جواب میں حدقہ عین کے یہ فعال نہایت سریع ہوتے ہیں اور ہم آسانی سے ان کا مطالعہ کر سکتے ہیں جب حدقہ عین کا ردعمل مرضی وجوہ سے تبدیل ہو جائے تو اس کے ذریعہ ہم کو ان عصبی راستوں کے متعلق معلومات حاصل ہوتی ہیں جن پر ان تحریکات اور تفاعل کے احکام سفر کرتے ہیں۔ یہ راستے اگرچہ کسی حد تک نہایت پیچیدہ ہوتے ہیں مگر ان کا سمجھنا نہایت ضروری ہے۔

طبعی حالات میں جب کہ دونوں آنکھوں پر روشنی یکساں پڑ رہی ہو (اس کا خاص خیال رکھنا چاہئے) تو حدقہ عین دونوں آنکھوں میں ایک سا ہونا چاہئے۔ طبعی حالات میں دونوں حدقہ عین شاذ و نادر ایک دوسرے سے مختلف ہو سکتے ہیں اگر ایسا ہو تو ہر ممکن مرضی حالت کے لئے معائنہ کر کے تشفی حاصل کرنے کے بعد اس کو مخصوص اور ذاتی کہنا جائز ہو گا لیکن اگر ایک آدمی کی آنکھوں میں دونوں طرف روشنی یکساں نہ ہو تو دونوں حدقہ عین میں اختلاف ضرور ہوتا ہے۔ حدقہ عین سن رسیدہ اشخاص میں جوانوں کی نسبت تنگ ہوتا ہے یہاں تک کہ بعض اوقات صرف آلپین کی نوک کی طرح

باریک دکھائی دیتا ہے۔

طول بصر والی آنکھوں میں تنگ۔ اور قصر بصر والی آنکھوں میں نسبتاً پھیلا ہوتا ہے۔ نیلی آنکھوں میں بھوری آنکھوں سے زیادہ چھوٹا ہوتا ہے۔ ان سب اختلافات کے وجوہ متیقن نہیں اس لئے ان کا نظر انداز کرنا مناسب ہے۔ ہم پہلے بتا چکے ہیں کہ حدقۂ عین کا تفاعل ایک تو روشنی کی تحریک سے دوسرے حسی تحریک سے جو ایک دوسرے کے متضاد ہیں رونما ہوتا ہے۔ روشنی میں انقباض اور چٹکی لینے سے انبساط پیدا ہوتا ہے۔ طبعی حدقۂ عین کی حالت کو ان دونوں کے درمیان سمجھنا چاہئے عضلات عینی کے محرک اعصاب کا نظام حسب ذیل ہوتا ہے۔ عنبیہ کے عضلۂ قابضہ کو عصب جمجمی ثالث اپنے الیاف دیتا ہے۔ قابض الیاف گویا قناۃ سلفیوس (Aqueduct of sylvius) کے فرش میں نویۂ ثالث کے مقدم حصہ سے شروع ہوتے ہیں جو وسط دماغ میں سے گذر کر محجر تک عصب ثالث کے بنڈل میں چلے جاتے ہیں۔ یہاں سے یہ الیاف اس عصبی شاخ میں شامل ہو جاتے ہیں۔ جو زیرین عضلہ موربہ میں محرک الیاف سے آتی ہے۔ اور یہاں سے ایک چھوٹی شاخ کے ذریعہ عقدۂ ہدبیہ میں جا کر ملتے ہیں۔ وہاں سے ہدبی اعصاب صغیرہ کے ذریعہ آنکھ تک پہنچتے ہیں اور صلبیہ کو عصب باصرہ کے گرد چھید کر یہ اندر داخل ہو جاتے ہیں۔ اس مقام پر یہ عصبی الیاف شرائین ہدبیہ صغیرہ کے ساتھ ہوتے ہیں۔ یہ الیاف مشیمیہ جسم ہدبی میں سے ہوتے ہوئے عنبیہ کے اندر داخل ہوتے ہیں۔



حدقۂ عینی کے محرک اعصاب کا راستہ

نقطہ دار خطوط قابض حدقہ الیاف کے راستہ کو ظاہر کرتے ہیں۔

خط والی لکیریں باسط حدقہ الیاف کو ظاہر کرتی ہیں۔

ا-ن۔ نخاع کے اندر خیالی مرکز انبساط حدقہ (ان کے متعلق پورا یقین نہیں اس لئے خیالی کہا گیا ہے۔)

اعصاب باسطہ عنبیہ عنقی شرکی Cervical sympathatic nerve عصب کی شاخیں ہیں وسط دماغ میں انقباضی الیاف کے نزدیک ہی یہ لیاف بھی ہوتے ہیں اور وہاں سے جسم مخروطی (Medulla oblongata) میں سے گذر کر نخاع کے جانبی عمود میں داخل ہو جاتے ہیں۔ یہ الیاف نخاعی اعصاب کے پہلے تین ظہری اعصاب کی اور آخری ودئیتی اعصاب کی بطنی شاخوں کے ذریعہ باہر نکل کر پہلے صدری یا کوکبی عقدے میں شامل ہو جاتے ہیں اور اس کے بعد عنقی شرکی اعصاب میں داخل ہوتے ہیں اور اوپر کو جاکر گردن میں عنقی عصبی عقد کے اندر شامل ہو جاتے ہیں۔ پھر یہاں سے سباتی ضفیرہ کے ساتھ جمجمہ کے اندر داخل ہوتے ہیں۔ اس کے بعد عقدۂ گیسرین (Gasserian. G.) کے بطنی حصّہ میں سے گذر کر عصب جمجمی خامس کی شاخ باصرہ میں شامل ہو کر عصب الفی کے ساتھ چلتے ہیں۔ پھر اس کو چھوڑ کر اعصاب ہدبیہ طویلہ کے اندر شامل ہو جاتے ہیں۔ اس طرح یہ اعصاب گویا عقدۂ ہدبیہ کے اندر بالکل نہیں جاتے۔

اعصاب ہدبیہ طویلہ تعداد میں دو ہوتے ہیں جن میں سے ایک عصب باصرہ کے ایک طرف اور دوسرا دوسری طرف سے آنکھ کے اندر داخل ہوتا ہے یہ دونوں مشیمیہ اور صلبیہ کے درمیان سے گذر کر جسم ہدبی کے اندر ہوتے ہوئے طبقۂ عنبیہ کے اندر پہنچ جاتے ہیں۔

مذکورہ بیان کی تطبیق شکلوں سے کرلیں تاکہ اس کو سمجھ کر یاد رکھنے میں آسانی ہو۔

اس کے بعد ہم عنبیہ کے انعکاسی عمل کو سمجھنے کے لئے ضروری باتیں بتاتے ہیں۔

انعکاس نوری' انقباضی مرکز (Constrictor center) کے ذریعہ عمل میں آتا ہے۔ حسی الیاف عصب باصرہ کے اندر شبکیہ کے مختلف حصص سے شامل ہوتے ہیں۔

اس بات کا فیصلہ اب تک ہم نہیں کر سکے کہ یہ عصب باصرہ کے بڑے الیاف ہوتے ہیں یا چھوٹے لیکن اس میں شک نہیں کہ ان میں سے کچھ تقاطع بصری پر دوسری

نمبر ۵

حدقۃ العین کے اعصاب حس و حرکت کے راستے جن پر انعکاس نوری کا مدار ہے

حسی تحریکات کا راستہ دونوں آنکھوں کے طبقۂ شبکیہ کے بائیں طرف موٹی سیاہ لکیر اور دائیں طرف موٹی نقطہ دار لکیر کے ذریعہ ظاہر کیا گیا ہے۔ بائیں آنکھ کی محرک تحریکات کا راستہ باریک سیاہ لکیر اور دائیں آنکھ کی محرک تحریکات کا راستہ باریک نقطہ دار لکیر سے ظاہر کیا گیا ہے

طرف یعنی دائیں طرف سے بائیں طرف اور بائیں طرف سے دائیں طرف چلے جاتے ہیں۔ اس کے بعد یہ الیاف طریق بصری میں شامل ہو جاتے ہیں۔ یہ حقیقت ہے کہ بینائی والے الیاف جانبی منحنی نویہ کے اندر داخل نہیں ہوتے بلکہ اس سے الگ ہو کر نامعلوم راستے سے نویٰ ثالث کے اندر داخل ہو جاتے ہیں۔

مرکز انقباضی ہر آن عنبیہ کی طرف تحریکات کا سلسلہ جاری رکھتا ہے۔ اسی لئے حدقۂ عین کسی حد تک منقبض رہتا ہے۔ اگر ایک آنکھ کے شبکیہ پر روشنی پڑے تو حدقۂ عین سکڑ جاتا ہے۔ اس کو (انعکاس نوری بلا واسطہ کہتے ہیں)، مگر ساتھ ہی اس کے دوسری آنکھ کا حدقۂ عین بھی سکڑتا ہے۔ یہ شرکی انعکاس نوری بالواسطہ (Concensual. Light. Reflex) کہلاتا ہے۔ اس کا معائنہ ہمیشہ کرنا ضروری ہے۔ کیوں کہ اس کی وجہ سے جو علم حاصل ہوتا ہے دوسرے انعکاس سے نہیں ہوتا۔ مثلاً اگر عصب باصرہ میں کوئی سدہ ہو تو اس طرف کی آنکھ کے حدقۂ عین میں نوری انعکاس بلا واسطہ غائب ہوگا۔ مگر ہم دوسری آنکھ کی نوری انعکاس بالواسطہ شرکی کے ذریعہ معلوم کرلیں گے کہ حدقۂ عین میں انعکاس موجود ہے یا نہیں۔ جس سے یہ نتیجہ نکلے گا کہ عصب باصرہ میں سدہ ہونے کے باوجود بھی اس کا اثر الیاف قابضہ پر نہیں۔ دوسرے الفاظ میں اس کا مفہوم یہ ہے کہ زیرین عضلہ موربہ Inferior oblique کے اعصاب اور ہدبی اعصاب صغیرہ صحیح ہیں۔ ہمارے خیال میں شرکی انعکاس کا عمل ان الیاف سے رونما ہوتا ہے جو دونوں مراکز انقباض کو مثلث نویہ کے اندر ایک دوسرے سے ملاتے ہیں۔

حدقۂ عین میں انقباض پیدا کرنے کے لئے حسی تحریک کو دماغ کی طرف لے جانے والے الیاف میں سے کچھ تقاطع بصری کے اندر ایک طرف سے دوسری طرف چلے جاتے ہیں۔

اگر کوئی بیماری طریق بصری میں موجود ہو جس کی وجہ سے عصبی الیاف ماؤف ہوں تو "ماہر ویرنک" کا نصف عینی حدقی ردعمل (Hemianopic pupillary reaction) رونما ہوتا ہے۔ اس لئے یہ ردعمل اگر پیدا کیا جاسکے تو اس کے معنی یہ ہوں گے کہ طریق بصری ماؤف ہے۔ ایک آنکھ میں انفی اور دوسری آنکھ میں صدغی حصہ شبکیہ کا روشنی کی تحریک کو محسوس کرنے سے قاصر رہے گا۔ اگر روشنی آنکھ کے اندر ان مقامات پر ڈالی جائے تو حدقۂ عین کا انقباض نہ ہوگا۔ لیکن ان حصص کے علاوہ دوسرے مقامات پر روشنی ڈالنے سے انقباض حدقی پیدا ہوگا۔

نوری انعکاس سے حسی انعکاس (Sensory reflex) زیادہ پیچیدہ ہوتا ہے۔ کیوں کہ طبعی حالات میں اس کی انجام دہی سے مراکز انبساطی و انقباضی دونوں کا تعلق ہوتا ہے۔ یہ تجربہ سے ثابت ہو چکا ہے کہ حسی تحریک سے پہلے نوری انبساط

رونما ہوتا ہے۔ کیوں کر سب سے اول منبسط الیاف میں تحریک ہوئی ہو جن کا راستہ عنقی شر کی اعصاب سے ہوتا ہو۔ اس کی وجہ یہ ہو کہ انقباضی الیاف میں کچھ دیر کے لئے تحریکات کا جانا رک جاتا ہے۔ مذکورہ انعکاسات کے علاوہ حدقۂ عین کے دوسرے انعکاس بھی ہوتے ہیں۔ مثلاً نفسیاتی وغیرہ جن کے متعلق ہم اس مقام پر زیادہ بحث نہیں کرنا چاہتے۔

آنکھ کے اندر داخل ہوتی ہوئی روشنی کی مقدار کو کم و زیادہ کرتے وقت ہم حدقۂ عین کا معائنہ غور سے کریں تو معلوم ہوگا کہ حدقۂ عین پہلے منقبض ہوتا ہے اور اس کے بعد کسی حد تک ارتعاش (Oscillation) بھی اس میں رونما ہوتا ہے اور آخر کار منقبض حالت میں قائم ہو جاتا ہو یہ انقباض پہلی رو انقباض سے کسی قدر کم ہوتا ہو۔ گویا نوری تحریک سے انقباض پہلے پہل اپنی حد سے بڑھ جاتا ہے اور کچھ دیر کے بعد اپنے اصلی مقام پر واپس چلا آتا ہے۔

غیر طبعی حالات میں اس سے زیادہ ارتعاش کی دو حالتیں ملتی ہیں۔ ایک حالت میں یہ ارتعاش بہت زیادہ نمایاں ہوتا ہے اور ہم اس کو دیکھ بھی سکتے ہیں! اور یہ آنکھ میں روشنی کی مقدار داخل ہونے سے تعلق نہیں رکھتا۔ اس کو ہم (Hippus) کہتے ہیں۔ اس کی حقیقت نامعلوم ہو۔ ہمارا خیال ہو کہ عصبی مراکز میں باقاعدہ رہ رہ کر تحریکات کا ہونا اس کا باعث ہو۔ مگر اس کا تعلق اطراف جسم سے نہیں ہے۔

دوسری حالت وہ ہو جس میں روشنی کے لگاتار عمل سے بھی حدقہ کا انقباض پورا قائم نہیں رہتا بلکہ روشنی کی مقدار بڑھانے سے حدقۂ عین سستی سے منقبض ہوتا ہو۔ اور روشنی اتنی تیز آنکھ میں پڑنے کے باوجود یہ آہستہ آہستہ منبسط ہونا شروع ہو جاتا ہے یا اس میں سستی کے ساتھ ارتعاش شروع ہو جاتا ہے۔

یہ ایک مرضی حالت ہو جس کی وجہ سے حسی الیاف خصوصاً عصب باصرہ کے اندر تحریک کا گذر کم ہو جاتا ہو۔

معالجات چشم میں مختلف ادویہ حدقۂ عین کے انبساط، انقباض اور طاقت توفیق کے استرخا کی غرض سے استعمال کی جاتی ہیں اس لئے اس امر کا جاننا نہایت ضروری ہو کہ ان ادویہ کا عمل کیوں کر ہوتا ہو۔ وہ دوائیں جو حدقہ کو منبسط کرتی ہیں ان کو ہم ناشر حدقہ (Mydriatics) کہتے ہیں اور جو حدقہ کو سکیڑنے والی ہیں وہ قابض حدقہ (Miotics) کہلاتی ہیں۔

جو دوائیں طاقت توفیق کو باطل کرتی ہیں ان کو ہم مسترخی عضلۂ ہدبیہ (Cycloplegics) کہتے ہیں۔ تمام دوائیں جو حدقہ کو منبسط کرتی ہیں وہ طاقت توفیق کو بھی کم و بیش باطل کرتی ہیں۔ ماہرین نے اس امر کی کوشش کی ہو کہ ایسی دوائیں معلوم ہو جائیں جو صرف حدقہ کو منبسط کریں مگر ان کا کوئی اثر طاقت توفیق پر نہ ہو لیکن اس میں کامیابی نہیں ہوئی۔

علیٰ ہذا تمام قابض حدقہ دوائیں عضلۂ ہدبی کو منقبض کرتی ہیں جس کی وجہ سے آنکھ میں جزئی یا کلی طاقت توفیق پیدا ہوجاتی ہے مذکورہ ادویہ عصبی الیاف پر عمل کرتی ہیں یا ان کا اثر ان عصبی شاخوں پر ہوتا ہے جو عصبی الیاف کے اندر آکر ختم ہوتی ہیں مگر اس جگہ اس بحث کو چھیڑنے کی ضرورت نہیں محسوس ہوتی۔

ایٹروپین Atropin

ناشر حدقہ دواؤں میں سب سے طاقتور دوا ہے۔ یہ عنبیہ کے عضلۂ قابضہ اور اس کے ساتھ عضلۂ ہدبیہ کو بھی مسترخی کرتی ہے۔ بعض ماہرین کا خیال ہے کہ یہ عنبیہ کے عضلۂ باسطہ کے الیاف میں تحریک بھی پیدا کرتی ہے۔ اس کا اثر اس قدر تیز ہوتا ہے کہ عضلۂ ہدبی کے طبعی (Tone) تناؤ کو ضائع کردیتی ہے یعنی اگر طبعی بینائی والی کسی آنکھ میں ایٹروپین ڈالی جائے تو وہ آنکھ طول بصر کی کیفیت اختیار کرتی ہے۔ یہ طول بصر۔ ا بصر کے برابر ہوتا ہے۔ اس حقیقت کو عینک کے لئے امتحانات کے وقت پیش نظر رکھنا نہایت ضروری ہے۔ ایٹروپین کا محلول آنکھ میں ڈالنے پر قرنیہ کے ذریعہ یہ محلول خزانۂ مقدم میں پہونچ جاتا ہے جہاں سے مقامی طور پر اس کا اثر طبقۂ عنبیہ کے عضلات پر ہوتا ہے۔

کلی استرخا پیدا کرنے کے لئے یہ دوا بہت وقت لیتی ہے۔ اس لئے بچوں میں اس کا عمل دن میں دو تین مرتبہ ڈالنے پر تین دن میں رونما ہوتا ہے۔ اور دس دن تک زائل نہیں ہوتا۔ نصف فی صدی ایٹروپین سلفیٹ کے محلول کا ایک قطرہ ۳۰ سے ۴۰ منٹ میں حدقہ عین کو منبسط کردیتا ہے اور دو گھنٹہ میں طاقت توفیق باطل ہوجاتی ہے اس کا اثر تین سے سات دن میں پوری طرح زائل ہوتا ہے۔ ڈوبائے سین (Duboisin) ہایوسین (Hyocin) سکوپولامین (Skopolamin) اور ڈاٹورین (Daturin) جوہر دھتورہ کا اثر بھی ایٹروپین کے اثر سے مشابہ ہوتا ہے۔

ہوم ایٹروپین Hom-atropin

اس کا اثر ایٹروپین سے زیادہ جلد ہوتا ہے اور جلد ہی زائل بھی ہوجاتا ہے اس کا پورا عمل کسی تیل میں حل شدہ محلول کے ذریعے حاصل ہوتا ہے۔ دکسٹرائل میں ایک فی صدی محلول بنایا جائے) اس کے عمل کو حاصل کرنے کے لئے پون گھنٹہ وقت درکار ہوتا ہے۔ خاص کر جب کہ اس کو کوکین کے (۲ فی صدی محلول) میں ملایا جائے کوکین کے محلول کا اثر یہ ہوتا ہے کہ یہ قرنیہ کی قوت انجذاب کو بڑھا دیتا ہے۔ اس کا اثر کلیتۃً ۴۸ گھنٹہ میں زائل ہوتا ہے اور ایسرین کا محلول ڈالنے سے بہت جلد زائل ہوجاتا ہے ہوم ایٹروپین و کوکین کا محلول ڈالنے سے ایٹروپین کی طرح عضلات عنبیہ کلیتۃً مسترخی نہیں ہوتے کیوں کہ عضلۂ ہدبی کا تناؤ پوری طرح باطل نہیں ہوتا۔ ماہرین کا خیال ہے کہ شاید ہوم ایٹروپین کا عمل صرف حدقہ کے عضلۂ قابضہ پر ہوتا ہے۔

کوکین (Cocain)

اس کا مخدر اثر عصب خامس کی شاخوں کے سروں پر جو قرنیہ اور عنبیہ میں آ کر ختم ہوتے ہیں رونما ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ شرکی اعصاب جو عنبیہ کے عضلۂ باسطہ میں آتے ہیں۔ کوکین ان میں تحریک پیدا کر کے حدقہ کو پھیلاتی ہے۔ مگر عضلۂ قابضہ کا استرخا اس سے پیدا نہیں ہوتا۔ لہٰذا اس کے استعمال سے حدقۂ عین کا انبساط کسی حد تک ہوتا ہے اور اس کے بہت دیر تک استعمال کرنے کے باوجود حدقۂ عین میں روشنی کے اثر سے انعکاسی ردِ عمل باقی رہتا ہے۔ اس دوا کو ہم شرکی اعصاب کا استرخا معلوم کرنے کے لئے بھی استعمال کرتے ہیں۔ اگر شرکی عصب مسترخی ہو تو کوکین کے استعمال سے حدقۂ عین منبسط نہیں ہو

ایسرین یا فیسو اسٹگمین
Physo stigmin – Eserin

قابض حدقہ ادویہ میں سب سے زیادہ مؤثر دوا ہے۔ عنبیہ کے عضلۂ قابضہ کے اندر عصب ثالث کے الیاف میں اور ان کے علاوہ عضلۂ ہدبی کے اندر بھی اسی عصب کی شاخوں میں تحریک پیدا کرتی ہے گویا یہ دوا اپنے عمل میں ایٹروپین کی ضد ہے۔ مگر باوجود اس کے ایٹروپین کے اثر کو زائل نہیں کر سکتی لیکن ہوم اٹروپین و کوکین کے اثر کو زائل کر دیتی ہے۔

ان حقائق کو ذہن نشین کرنا ہر معالج چشم کے لئے اشد ضروری ہے۔ بمقابلہ کوکین کے ایسرین کا استعمال اگر عصب ثالث کے کاٹ دینے کے بعد کیا جائے تو حدقہ پر اس کا انقباضی فعل نہیں ہوگا۔

ملتحمہ کے اندر ایسرین کا محلول ڈالنے سے دوسری تمام قابض حدقہ دواؤں کے خلاف یہ محلول آنکھ میں لگتا ہے اور ہدبی احتقان رونما ہوتا ہے اس کے عمل کے وقت سر میں درد ہوتا ہے اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ آنکھ کو کوئی کھینچ رہا ہے۔ یہ تکلیف اس حد تک بڑھ جاتی ہے کہ مریض قے کر دیتا ہے۔ مگر یہ کیفیت عصبی المزاج لوگوں میں اور دوا کے زیادہ استعمال کرنے سے پیدا ہوتی ہے اس لئے اس کا استعمال احتیاط سے کریں نہ بہت زیادہ طاقتور محلول استعمال کریں اور نہ زیادہ مرتبہ اس کو آنکھ میں ڈالیں نصف فی صدی یا ¼ فی صدی محلول کافی ہوتا ہے۔ ایسرین کے اثر کے ماتحت حدقۂ عین پانچ منٹ میں منقبض ہونا شروع ہوتا ہے اور عضلۂ ہدبی کا انقباض بھی اسی قدر دیر میں رونما ہوتا ہے اس کا پورا عمل ۲۰ سے ۴۵ منٹ میں ہوتا ہے۔ طاقت توفیق پر اس کا اثر صرف ایک یا دو گھنٹے تک باقی رہتا ہے مگر حدقۂ عین پر دو یا تین روز تک قائم رہتا ہے۔

پیلو کارپین
Pilo carpin

کا اثر ایسرین کے مشابہ ہوتا ہے مگر اس سے کم۔ عصب ثالث کی خراش کی وجہ سے اگر حدقۂ عین سکڑا ہوا ہو تو روشنی۔ طاقت توفیق اور ایسرین کے عمل سے اور زیادہ سکڑ جاتا ہے اور ایٹروپین کے اثر سے منبسط ہو جاتا ہے۔

استرخائی انقباض حدقہ جو شرکی اعصاب کے استرخاء سے پیدا ہو وہ روشنی، طاقت توفیق اور ایسیرین کے عمل سے اور بھی بڑھ جاتا ہے۔ اور ایٹروپین کے اثر سے اس میں نہایت خفیف انبساط ہوتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا۔

تشنجی انبساط حدقی کی صورت میں روشنی۔ طاقت توفیق، اور ایسیرین کا عمل انقباضی ہوتا ہے۔ مگر استرخائی انبساط حدقی میں روشنی طاقت توفیق اور ایسیرین کے عمل سے کوئی رد عمل پیدا نہیں ہوتا۔ یا نہایت ہی خفیف رد عمل پیدا ہوتا ہے۔

ایڈرے نے لین (خلاصہ کلاہ گردہ) **Adrenalin**

بالقراس کے حاد التہاب کی صورت میں انبساط حدقی پیدا کرتا ہے۔ ایک آنکھ میں اس کا محلول جس کی طاقت ایک ہزار میں ایک ہو چار قطرے ڈالنا چاہئے۔ اور پانچ منٹ کے بعد پھر ڈالنا چاہیئے۔ آدھ گھنٹے کے بعد انبساط رونما ہوتا ہے۔ حدقہ عموماً بیضاوی ہوتا ہے۔

احساس بصارت **Visual perception**

جب نور کی شعاعیں طبقۂ شبکیہ پر پڑتی ہیں تو حسّی اعصاب کی شاخوں کے سروں میں تحریک پیدا ہوتی ہے۔ جس طرح ہم ہاتھوں سے کسی چیز کو چھوتے ہیں تو لمس کا احساس ہوتا ہے۔ اسی طرح شبکیہ کے اعصاب کی تحریک سے بصارت کا احساس ہوتا ہے جب کوئی تحریک لمسی عضو طرفانی کے اندر تبدیلیاں پیدا کرتی ہے تو اس کی وجہ سے حسی الیاف میں تحریک پیدا ہو کر دماغ تک پہونچتی ہے اور مختلف احساسات میں اس کا تجزیہ ہوتا ہے۔ ان سب کا سمجھنا کسی حد تک آسان ہے مگر بصارت کے عصبی نظام میں یہ عمل بہت پیچیدہ ہوتا ہے۔ اس لئے اس کا سمجھنا اوپر ذکر ہوئی چیزوں کی طرح آسان نہیں۔ سب سے پہلے ہم ان تبدیلیوں کو ذکر کرتے ہیں جو عضو طرفانی کے اندر رونما ہوتی ہیں شبکیہ پر پڑنے والی روشنی کے کم از کم چار اثرات ہوتے ہیں۔

(۱) شبکیہ کے مسدس اضلاع والے بشری خلیات کی تلوین (Pigment) خلیاتی اجسام سے ہٹ کر ان زوائد میں چلی جاتی ہے جو اجسام مخروطی وعصوی کے درمیان واقع ہوتے ہیں۔

(۲) اجسام مخروطی حجم میں چھوٹے ہو جاتے ہیں۔ مذکورہ دونوں اثرات آہستہ آہستہ رونما ہوتے ہیں۔ ان دونوں افعال کی وجہ سے شبکیہ طیف شمسی کے بنفشی جانب کے رنگوں کے لئے باعتبار سرخ جانب کے رنگوں کے زیادہ حساس ہوتا ہے۔ یہ دونوں افعال شرکی اور بلا واسطہ ہوتے ہیں۔ ایک آنکھ کے طبقۂ شبکیہ پر روشنی پڑنے سے دوسری آنکھ میں بھی یہی تبدیلیاں رونما ہوتی ہیں خواہ دوسری آنکھ کو اندھیرے ہی میں کیوں نہ رکھا جائے۔

(۳) روشنی کے عمل سے بصارت کا ارغوانی رنگ (Visual purple) زائل ہو جاتا ہے۔ اور اس طرح گویا شبکیہ

پر ایک فوٹوگراف کی شکل بنتی ہے۔

(۴) شبکیہ کے اندر برقی طاقت پیدا ہوتی ہے جس کی وجہ سے گویا عصبی تحریک دماغ کی طرف سفر کرتی ہے۔

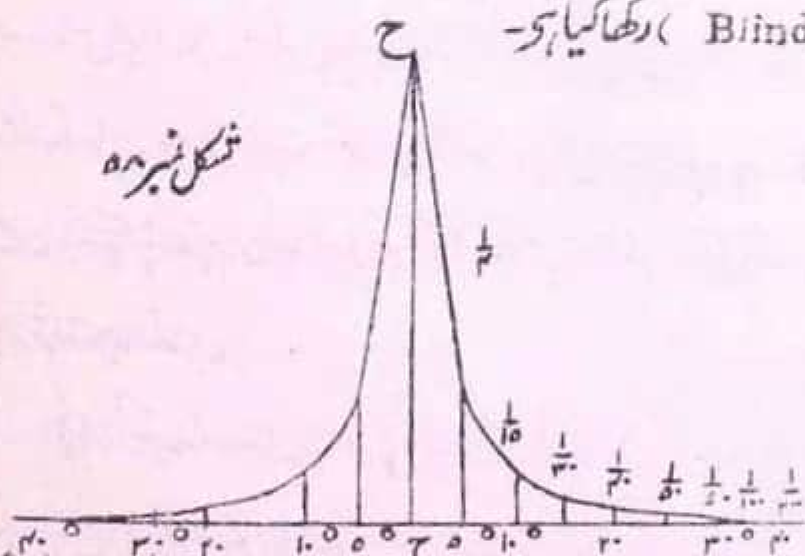
ہمارا تعلق ان احساسات سے ہے جو شبکیہ میں روشنی کی تحریک سے پیدا ہوتے ہیں یہ تین قسم کے ہیں

(۱) احساس نور (Light sense) (۲) احساس رنگ (Color-sense) (۳) احساس شکل (Form sense)

ان میں سے کوئی ایک یا سب کے سب غیر طبعی ہو سکتے ہیں۔ اب ہم ان کو سمجھنے کی کوشش کرتے ہیں کہ یہ فی نفسہٖ کیا ہیں۔

احساسِ نور | یہ وہ طاقت ہے جس کی وجہ سے ہم روشنی کو نہ صرف روشنی کی حیثیت سے بلکہ اس کے مختلف درجات یعنی اس کی تیزی وغیرہ کے اعتبار سے پہچانتے ہیں۔ اگر مختلف ذرائع سے شبکیہ کے عروق دموی کا سایہ اجسام مخروطی و عصوی پر ڈالیں تو ہم اس نتیجہ پر پہنچتے ہیں کہ عصبی بشری خلیات ہی آنکھ کے اندر بینائی کا کام دیتے ہیں۔

اسی پرت میں بیرونی اشیاء کی صاف شبیہ بنتی ہے۔ نور کی شعاعیں اجسام عصوی و مخروطی Rods and cones میں تحریک پیدا کرتی ہیں جس کی وجہ سے ہم کو نور کا احساس ہوتا ہے۔ اسی لئے قرص بصری پر پڑنے والی شعاعوں کی وجہ سے کوئی اثر پیدا نہیں ہوتا یہی وجہ ہے کہ اس کا نام لقبہ عمیا (Blind spot) رکھا گیا ہے۔



شبکیہ کے اندر مختلف مقامات پر احساس شکل کی تیزی مختلف ہوتی ہے جس کو اس ڈایاگرام میں ظاہر کیا گیا ہے۔

(ح) حیزہ مرکزی: شکل کے اندر افقی لکیر حیزہ مرکزی کے دونوں طرف دائیں اور بائیں شبکیہ کے عملی حصص کو ظاہر کرتی ہے۔ عمودی لکیریں شبکیہ کے مختلف مقامات پر بصارت کی تیزی کو ظاہر کرتی ہیں۔ حیزہ مرکزی سے جو لکیر اوپر کو جاتی ہے یعنی عمودی ہوتی ہے اس کی جگہ پر بصارت سب سے زیادہ تیز ہوتی ہے۔ اور جوں جوں ہم باہر کی طرف جائیں یہ تیزی بصارت بتدریج کم ہونا شروع ہوتی ہے۔ اس نے منحنی لکیر کے باہر کی طرف اس تیزی بصارت کی مقدار بھی دے دی گئی ہے۔

اگر شبکیہ پر وارد ہونے والی روشنی کی شعاعوں کی تیزی کو ہم کم کرتے جائیں تو ایک وقت ایسا آئے گا کہ آنکھ روشنی کو بالکل محسوس نہ کرے گی اس کو اقل نور ی (Light-minimum) کہتے ہیں۔ اس کا انحصار زیادہ تر روشنی کی اس مقدار پر ہوتا ہے جو مشاہدہ سے پہلے آنکھ کے اندر داخل ہو رہی ہو یہ روزمرہ کا تجربہ ہے کہ اگر ہم زیادہ

روشنی سے ذرا کم روشنی والے کمرہ میں جائیں تو اندر کی اشیا کچھ دیر تک بالکل دکھائی نہیں دیتیں یعنی آنکھ کو کچھ دیر تک بعد والے ماحول کا عادی ہونا پڑتا ہے۔

اسی لئے اقل نوری مختلف حالات میں مختلف ہوتا ہے۔ اس کو ذہن نشین کر لینا نہایت ضروری ہے مگر صحیح طور پر اقل نوری معلوم کرنے کے لئے پہلے ضروری ہے کہ آنکھ کچھ دیر کے لئے اندھیرے سے مانوس ہو جائے۔ اس لئے اس میں دیر لگتی ہے اور اسی لئے معالجین تشخیص عملی میں اس کو نظر انداز کر جاتے ہیں بقعہ صفراوی پر اقل نوری بہ نسبت دوسرے مقامات کے بہت کم ہوتا ہے۔

اقل نوری معلوم کرنے کے بعد اگر روشنی بتدریج بڑھائی جائے تو ہم خاص حدود کے اندر روشنی کا بڑھنا یا کم ہونا آسانی سے محسوس کر سکتے ہیں اس کو عملی طور پر معلوم کرنے کے لئے بہتر ہے کہ مریض کی آنکھ کے سامنے دو رقبے ایسے ہوں جن میں ایک کی روشنی کم اور دوسرے کی زائد ہو تاکہ آنکھ ان دونوں کو علیحدہ علیحدہ تمیز کر سکے۔ اس مصرف کے لئے ہم خاص آلات استعمال کرتے ہیں جن کو مقیاس شدۃ الضوء (Photo meters) کہتے ہیں۔

ان آلات سے ہم معلوم کر سکتے ہیں کہ دو روشن رقبوں میں کس قدر روشنی کی تیزی کے فرق سے آنکھ ان دونوں کو علیحدہ علیحدہ تمیز کر سکے گی اس کو ہم (Light-sense) تفاوت نوری کہتے ہیں جس قدر روشنی تیز ہو اسی قدر یہ زیادہ ہوتا ہے جس قدر زیادہ روشن دو اجسام ہوں اسی قدر ان کے درمیان فرق معلوم کرنے کے لئے ان دونوں کی روشنی میں زیادہ فرق ہونا چاہئے تاکہ ہم آسانی سے معلوم کر سکیں کہ ان دونوں میں کون زیادہ روشن ہے۔ تفاوت ایک خاص قانون کے ماتحت کام کرتا ہے جس کو ہم تمام حسی احساسات کے لئے تقریباً درست تسلیم کرتے ہیں۔ اس قانون کا نام (Weber's law) ہے۔

احساس نوری کے ان اعمال سے آنکھ کے معالجین کہیں کام نہیں لیتے۔ اس میں شک نہیں کہ بعض بیماریوں خاص کر ان امراض میں جو اجسام عصوی و اجسام مخروطی کو ماؤف کرتے ہیں مثلاً رتوند (Retinitis Pigmentosa) وغیرہ میں اقل نوری بڑھ جاتا ہے بعض ماہرین کا یہ خیال ہے کہ تفاوت نوری حسی اجزا یا الیاف عصبی کے ماؤف ہونے سے بڑھ جاتا ہے۔ اجسام عصوی کم درجہ کی روشنی کے لئے بہ نسبت مخروطی اجسام کے زیادہ حساس ہوتے ہیں یعنی اندھیرے میں ہم صرف شبکیہ کے اجسام عصوی کی مدد سے دیکھتے ہیں۔ رات کو دیکھنے والے جانور مثلاً چمگادڑ، اُلو کے طبقہ شبکیہ کے اندر صرف اجسام عصوی ہوتے ہیں۔ مخروطی اجسام ان میں سے غائب ہوتے ہیں۔ یا بہت کم ہوتے ہیں۔

احساس شکل کی اہمیت دوئم درجہ پر ہی۔ اس طاقت کے ذریعہ ہم خارجی اشیاء کی شکلوں کو محسوس کرتے ہیں۔ ہمارے خیال میں یہ کام مخروطی اجسام زیادہ انجام دیتے ہیں۔ اور شبکیہ کے اندر جس مقام پر ان کی تعداد سب سے زیادہ ہوتی ہی وہاں احساس شکل سب سے زیادہ ہوتا ہے یعنی بقعہ صفراوی پر۔

بقعہ صفراوی کے باہر یہ احساس بہت کم رہ جاتا ہے۔ اس میں شک نہیں کہ جیسے جیسے باہر کی طرف ہم جائیں شبکیہ کے حصص میں مخروطی اجسام کی تعداد کم ہوتی جاتی ہی۔ بینائی کی تیزی کو عام طور پر اشیاء کی شکل صاف صاف پہچاننے سے یا اشیاء کے ان شبیہ سے تعبیر کرتے ہیں جو حفیرہ مرکزی پر اور اس کے گرد بقعہ صفراوی پر بنتی ہیں۔ گویا کہ بینائی کی تیزی صرف مرکزی بصارت سے متعلق ہی۔

احساس شکل کلیۃً شبکیہ کا فعل نہیں بلکہ پڑھنے لکھنے میں اس کا تعلق مراکز نفسیاتی سے ہی۔ عضوی افعال جن سے یہ مشترک ہے مفصلہ ذیل ہیں۔

(۱) احساس نور (Light Sense)

(۲) احساس مقام شے (Sense of position)

(۳) احساس تفریق Sense of Discrimination) احساس مقام اشیاء، کا انحصار احساس نور اور شے اور اس کے ماحول کی روشنی کے فرق پر ہوتا ہے۔

عضویات کے تجربات سے ہم معلوم کر چکے ہیں کہ جس رقبہ میں تحریک ہو رہی ہو اس کے باہر کے رقبہ میں حس کم ہوتی ہی اور اس طرح باہر کی اشیاء کے رنگوں میں فرق کیا جا سکتا ہے۔

احساس مقام اشیاء کو ہم (Minimum visible) اقل بصری (اقل مناظری) سے تمیز کرتے ہیں۔

احساس تمیز وہ طاقت ہی جس کی وجہ سے ہم دکھائی دینے والی دو اشیاء کو ایک دوسرے سے تمیز کر سکتے ہیں اور اس کی پیمائش ہم اس فاصلہ سے کرتے ہیں جس کا دو اشیاء کو دیکھنے کے لئے دونوں کے درمیان ہونا ضروری ہی۔

احساس شکل کی پیمائش اس فاصلہ سے کرتے ہیں جس کے ذریعہ ہم مختلف حروف کو پڑھنے کے قابل ہو سکیں یا ان کو پہچان سکیں۔ تیزی بصارت Acuity of vision کو معلوم کرنے کے لئے ہم زاویہ بصارت (Visual angle) کو استعمال کرتے ہیں۔ اور بنیادی اصول کے طور پر اپنی سہولت کے لئے ہم اقل زاویہ بصارت Minimum visual angle کو منتخب کرتے ہیں یعنی اس کم از کم زاویہ کو جو آنکھ کے دو منور نقاط اور نقطہ تقاطع سے بنے اور دونوں منور نقاط صاف صاف الگ دکھائی بھی دیں

شبکیہ پر دونوں منور نقاط کی وجہ سے الگ الگ تحریک پیدا کرنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ کم از کم دو مخروطی اجسام کو الگ الگ تحریک پہونچے۔ اور ان دونوں کے درمیان ایک مخروطی جسم ایسا رہ جائے جس کو تحریک نہ ہو۔

اگر مخروطی جسم کا قطر ہم کو معلوم ہو تو ہم ایسے زاویہ کا اندازہ لگا سکتے ہیں جو مذکورہ شرائط کو پورا کرے۔ یہ زاویہ جیسا کہ ہم پہلے بتا چکے ہیں اس زاویہ کے برابر ہوتا ہے جو دوسری طرف آنکھ کے نقطۂ تقاطع کو دو منور نقطوں سے ملانے سے بنتا ہے۔ حقیقتاً یہ اندازہ مشاہدات کے مطابق ہوتا ہے۔

یہ خیال ہو سکتا ہے کہ یہ مشاہدت ایک آسان سی بات ہے۔ مگر عملی طور پر خاصی مشکل ان کے حاصل کرنے میں پیش آتی ہے۔ تجربہ سے معلوم ہوتا ہے کہ تحریک ایک مخروطی جسم سے دوسرے جسم تک پہونچنے میں کسی نہ کسی حد تک منتشر ہو جاتی ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ شفاف واسطوں کے درمیان سے شعاع نور گذرنے میں سداوی طور پر منعطف ہوتی ہے اور یہ حالت خاص کر عدسے کے اندر زیادہ پیدا ہوتی ہے۔

مذکورہ وجوہ سے منور اشیاء اگر کسی سیاہ ماحول میں ہوں تو ان کی شبیہ طبعی حالت سے ذرا بڑی بنتی ہے۔ اس عمل کو انتشار نوری (Irradiation) کہتے ہیں۔ یہ حالت مضرت رساں نہیں ہوتی۔ کیوں کہ اس کے باوجود ہم منور نقاط کو آسانی سے دیکھنے کے قابل ہوتے ہیں۔ جیسا کہ ان ستاروں کو ہم دیکھ سکتے ہیں جو لکھو کھا میل دور ہیں۔ عملی کاموں میں بینائی کی تیزی کا معیار بہت بلند نہ ہونا چاہئے کیوں کہ اسی معیار کے مطابق ہر آنکھ تقریباً غیر طبعی حالت میں ہوگی۔ عملی طور پر بصارت کا اقل زاویہ ایک منٹ کا۔ یا ایک قائمہ کا ساٹھواں حصہ ہو تو اس سے نتائج عمدہ پیدا ہوتے ہیں۔ اسی اصول کے مطابق امتحان بصارت والے حروف بنائے جاتے ہیں۔

احساس رنگ ۔ وہ طاقت ہے جس کی بدولت ہم مختلف رنگوں کو پہچان سکتے ہیں یا ایک ہی رنگ کے مختلف درجات کا احساس کر سکتے ہیں۔ احساس رنگ کا صحیح طور پر معلوم کرنا بڑا مشکل امر ہے۔ کیوں کہ طیف شمسی کے مختلف رنگوں کی تیزی مختلف ہوتی ہے اس لئے ہم کو اس کے واسطے بھی شبکیہ کے مانوس ہونے کا خیال رکھنا ضروری ہوگا۔

احساس رنگ کے لئے روشنی کی تیزی اوسط درجہ کی یا بہت تیز ہونی چاہئے۔ اس کے علاوہ شبکیہ کو بھی اس کے ساتھ خاص طور پر کچھ دیر کے لئے مناسبت (Adaptation) پیدا کرنا ضروری ہو۔ اگر پہلے آنکھ کو اندھیرے سے مانوس کریں اور پھر کم روشنی والے طیف شمسی کو دیکھیں تو یہ خاکستری سا چوڑا حصہ روشنی کا نظر آتا ہے جو مختلف مقامات پر زیادہ یا کم روشن ہوتا ہے۔

روشن حصہ ۵۳۰ میو پر ہوتا ہی جو طیف شمسی کے سبز مقام سے تطبیق کرتا ہے۔ طیف شمسی کا روشن ترین حصہ ۵۸۰ میو پہ ہوتا ہی جو زرد
کے اندر عنصر سوڈیم کی لکیر کے نزدیک ہوتا ہے

اسکوٹوپی (Scotopic vision) بصارت گویا عصوی اجسام کا اور بصارت رنگ مخروطی اجسام کا عمل ہے۔ اگر تین
کو طیف شمسی کے اندر ایک دوسرے سے الگ الگ (دور دور) منتخب کیا جائے تو ہم مناسب طور پر ان کے ملانے سے مختلف رنگ
کرسکتے ہیں۔ اور ان سب کے ملانے سے سفید روشنی بھی پیدا ہو سکتی ہے۔ اس لئے طبعی احساس رنگ یا بصارت رنگ کو ہم تین رنگوں
مشتمل سمجھتے ہیں اور ہم سرخ۔ سبز، نیلے رنگ کو ابتدائی رنگوں کے طور پر منتخب کرتے ہیں۔ ہم جانتے ہیں کہ عصوی تحریکات خار
اشیاء کا انعکاس یا شبیہ ہوتی ہیں۔ آواز کی لہریں وہ تحریکات پیدا کرتی ہیں جن کو ہم بطور آواز کے محسوس کرتے ہیں اور روشنی
شعاعیں وہ تحریک پیدا کرتی ہیں جن کو ہم روشنی سے تعبیر کرتے ہیں۔ اسی طرح سرخ سبز اور نیلی روشنی سے بھی مختلف قسم کی تحریکا
پیدا ہوتی ہیں اور ان کی مناسب ملاوٹ سے ہم طیف شمسی کے مختلف رنگوں کو اور سفید روشنی کو معلوم کرسکتے ہیں یہی ماہر ینگ ہیلم
(Young Helm Holtz) کا احساس رنگ کے متعلق بنیادی اصول ہے۔

ہیرنگ کا نظریہ ہے کہ مذکورہ تین مختلف قسم کے مادے جو شبکیہ کے اندر ہوتے ہیں ان میں کیمیاوی تبدیلی کی وجہ سے مختلف
رنگوں کا احساس ہوتا ہے جس میں سفید اور سیاہ رنگ بھی شامل ہیں تینوں قسم کے مادہ بصارت حسب ذیل ہوتے ہیں۔

(۱) سیاہ و سفید (۲) سرخ و سبز (۳) نیلا و زرد

اگر ان اجزاء میں تعمیری تبدیلیاں شروع ہوں تو سفید سرخ اور نیلے رنگ، کا احساس یکے بعد دیگرے ہوتا ہے اور اگر ان
میں تخریبی تبدیلیاں رونما ہوں تو سیاہ سبز اور زرد رنگ پیدا ہوتے ہیں جسم انسانی کے کسی عمل کے متعلق تحقیقات سے اتنا کام نہیں لے سکتے جتنا کہ احساس
رنگ کے معاملہ میں لیا جاسکتا ہے ہم اتنا ضرور کہیں گے کہ تین ابتدائی رنگوں کو ہمیں سمجھنا چاہیے جن پر ماہر ینگ ہیلم ہولٹز نے زور دیا ہے۔ اس
علاوہ ہم کو یہ بھی یاد رکھنا چاہیے کہ سرخ، سبز، نیلا، زرد اور سیاہ و سفید کے درمیان زبردست تعلق ہے۔ اور یہی ہیرنگ کے
کی بنیاد ہے۔

اس بات کو نظر انداز نہ کرنا چاہیے کہ اس زمانہ میں بہت سے انسان ایسے ملتے ہیں جن کی حس لونی طبعی حالت سے بہت
ہوتی ہے۔ اس خلقی خرابی کو (Colour Blindness) رنگوں کا اندھا پن کہتے ہیں۔

بصارت کی ان تین مختلف قسموں کا احساس نہ صرف بقعہ صفراوی پر ہوتا ہے بلکہ شبکیہ کے ہر حصے میں یہ احساسات پائے جا

ہیں۔ مگر بقیہ صفراوی کے علاوہ دوسرے حصص میں یہ احساسات کم ہوتے ہیں۔

مرض کی حالت میں شبکیہ کے ان ہی احساسات میں سب سے پہلے انحطاط یا خرابی رونما ہوتی ہے اس لئے ہر مریض میں اس کے نوری احساس اور حس لونی کو معلوم کرنا ضروری ہے۔

معائنہ چشم

آنکھ کے مریضوں کو دو گروہ میں تقسیم کیا جا سکتا ہے۔ ایک جن میں مرض کی علامات کو آسانی کے ساتھ دیکھنا ممکن ہے اور دوسرا گروہ ایسے مریضوں کا جن میں مرض کی ظاہری علامتیں موجود نہیں ہوتیں۔ مگر مریض بہت سے غیر طبعی اور تکلیف دہ احساسات کی شکایتیں بیان کرتا ہے۔ طالب علم کے لئے یہ تقسیم علمی اور عملی ہر دو حیثیت سے کارآمد ہے۔

پہلی جماعت کے مریضوں میں ممکن ہے کہ ان ظاہری علامتوں کی وجہ سے ضروری اور خطرناک حالات نظر انداز ہو جائیں لہٰذا اس امر کا خیال رکھنا چاہیئے کہ ان خفی اور پوشیدہ حالات کو معلوم کر کے ان کا تدارک کریں۔

بسا اوقات ایسے مریض بھی دیکھنے میں آتے ہیں کہ جن کی آنکھ کے معائنہ میں اس خیال سے کہ کوئی مرضی حالت مخفی نہ رہ جائے۔ بہت غور و خوض سے کام لینا پڑتا ہے۔ ایسی صورت میں مختلف حالات کا ترتیب وار معائنہ کرنا چاہیئے۔ اگرچہ ہمیشہ اور ہر مریض کے لئے اتنے طول طویل امتحان کی ضرورت نہیں پڑتی تاہم طلبا کو چاہیئے کہ وہ اس ترتیب کو بخوبی ذہن نشیں کریں اور اس پر مزاولت کر کے ترتیب وار معائنہ کرنے کے عادی بن جائیں۔ کیوں کہ اس سے غلطیوں کے امکان میں بہت کمی ہو جاتی ہے۔

سب سے پہلے ہم معائنہ کے ان طریقوں کو بیان کریں گے جن میں معائنہ کرنے والے کو اپنی آنکھ کے لئے کسی قسم کے آلہ کی مدد کی حاجت نہیں ہوتی۔ مگر مصنوعی طریقوں پر ضرور کاربند ہونا پڑتا ہے۔ اس کے بعد وہ طریقے بیان کئے جائیں گے جن میں آنکھ کے اندرونی حالات کے معائنہ میں آلہ کی ضرورت ہوتی ہے۔ اور آخر میں ترتیب کے متعلق ہدایتیں کی جائیں گی۔

آنکھ کے معائنہ سے اتنا ہی فائدہ نہیں ہوتا کہ امراض چشم کی تشخیص ہو جاتی ہے بلکہ اس کے معائنہ کے بعد تندرست اشخاص کو حفظ ماتقدم کے طور پر ایسے اصول بھی بتائے جا سکتے ہیں جن پر عمل کر کے وہ آئندہ مختلف امراض سے محفوظ رہ سکتے ہیں اس کے علاوہ معائنہ کا فائدہ امراض چشم ہی کی تشخیص تک محدود نہیں بلکہ جسم کے دوسرے حصوں کی تشخیص امراض میں بھی آنکھ کا معائنہ ممد ثابت ہوتا ہے۔ کیوں کہ مختلف جسمانی امراض میں جو تغیرات آنکھ کے اندر ظاہر ہوتے ہیں وہ بعض اوقات سب سے پہلے

انھیں امراض کی طرف معالج کی توجہ مبذول کراتے ہیں اور معائنہ چشم کے بعد تشخیص کی حیثیت یقینی ہو جاتی ہے۔

آنکھ چوں کہ ظاہر اور کھلا ہوا عضو ہے اس لئے جس قدر اس کا معائنہ آسان اور صحیح ہوتا ہے۔ اس قدر کسی دوسرے عضو کا نہیں ہو سکتا۔ آنکھ کے معائنہ میں ہم جن آلات کو استعمال کرتے ہیں وہ بے حد مفید اور کارآمد ہیں۔ ان آلات کے ذریعہ ہم ان امراض کا پتہ بھی چل جاتا ہے جو اعصاب یا دماغ سے تعلق رکھتے ہیں۔ علاج کے دوران میں متعدد بار آنکھ کا معائنہ کرنے سے امراض کے مختلف مدارج سے آگاہی حاصل ہوتی ہے۔ معالج کا فرض ہے کہ معالجہ میں اپنے غور و فکر کو آنکھ ہی تک محدود نہ رکھے۔ بلکہ دیگر علامات جسمانی پر بھی اس کی نظر ہو۔ ورنہ امراض کا کماحقہ سمجھنا مشکل ہوگا۔ متذکرہ بالا فوائد معائنہ سے اسی وقت حاصل ہو سکتے ہیں جب کہ تمام مشاہدات و علامات کو خاص ترتیب کے ساتھ ملحوظ رکھ کر نتائج اخذ کئے جائیں

سب سے پہلے اس امر پر غور کریں کہ مریض کا بیان اس کے احساسات اور تکلیفات کے متعلق کہاں تک درست ہے۔

مریض کے حالات معلوم کرنے کے بعد مرئی معائنہ کے لئے وہ تمام ذرائع اختیار کریں جو ذکر کئے گئے ہیں۔

مریض کی جو شکایتیں بداہتہً کسی خاص بات کی طرف اشارہ کرتی ہوں ان پر بھی غور کرنا لازم ہے۔

معائنہ کے ساتھ مریض کی وضع اور دماغی حالت کا بھی اندازہ کریں۔ جن مریضوں کا عصبی نظام کمزور ہو یا جو معمولی تحریکات سے بھی زیادہ متاثر ہوتے ہوں اور اس تاثر کی وجہ سے تشخیص میں مشکلات پیش آتی ہوں۔ اور ان میں انذار مرض (Prognosis) کے متعلق برے نتائج کا احتمال ہو تو ایسے مریضوں کا معائنہ نہایت آرام سے کرنا چاہیئے۔

امراض ملحقات چشم یعنی قرنیہ۔ آلات دمی۔ طریق عنبی یعنی اجسام ہدبیہ و طبقہ عنبیہ کے امراض اور شحمۃ العین کے التہاب میں درد بہت شدید ہوتا ہے۔ ٹیس کی صورت میں جب آنکھ کا درد پیشانی اور سر کی طرف بڑھتا ہوا معلوم ہو تو سمجھ لینا چاہیئے کہ عنبیہ و اجسام ہدبیہ کا التہاب اس کا باعث ہے۔ اسی طرح جب آنکھ کے اندر کا دباؤ (Tension) یعنی تو تر عین (Intra Ocular Pressure) طبعی حالت سے زیادہ ہو یعنی مریض زرق الماء (Claucoma) میں مبتلا ہو تو درد کی تکلیف اس قدر شدید ہوتی ہے کہ سوائے درد کے بقیہ تمام تکالیف کو مریض بھول جاتا ہے اور محض درد کی شکایت بیان کرتا ہے۔ لہٰذا درد سر کے تمام مریضوں میں خصوصاً شقیقہ (آدھا سیسی) کی صورت میں اس امر کو مدنظر رکھ کر آنکھ کا معائنہ کیا جائے۔ کیوں کہ اس قسم کے درد کا تعلق اکثر آنکھ سے ہوتا ہے۔ جب غور و فکر کے بعد بھی اس کا تعلق آنکھ سے نہ معلوم ہو تو پھر دوسری طرف متوجہ ہوں۔ اگر معالج مذکورہ باتوں سے بے اعتنائی کی بنا پر اپنی غلط فہمی کی وجہ سے زرق الماء کو انفلوانزا تجویز کرے تو اس غلطی

انجام سوائے اس کے اور کچھ نہیں کہ مریض اپنی بینائی کو کھو بیٹھے۔ لہٰذا یہ غلطی یا بے اعتنائی کسی طرح قابلِ معافی نہ ہو گی۔ اس کے برعکس اگر غور و فکر سے صحیح تشخیص کرنے کے بعد علاج کیا جائے تو مریض صحتیاب ہو سکتا ہے۔

اور جن حالتوں کا ہم ذکر کر چکے ہیں ان کے علاوہ اور بھی صورتیں ہیں جن میں دردِ سر کا تعلق آنکھ سے ہوتا ہے مثلاً قصر بصر۔ طول بصر وغیرہ۔ لیکن ان صورتوں میں اگر عصبی المزاج مریضوں کے لئے مناسب عینک تجویز کر دی جائے تو دردِ سر زائل ہو سکتا ہے۔ جب دردِ سر کا تعلق دماغی امراض سے ہو تو آنکھ کے اندرونی حصوں کا منظار العین (Ophthalmoscope) کے ذریعہ معائنہ کرنے سے تشخیص میں بڑی مدد ملتی ہے۔ ان عصبی دردوں کا تعلق بری قسم کی دماغی بیماریوں یا التہاب الکلیہ سے ہوتا ہے اس کے علاوہ آنکھ کے ملحقہ اعضاء مثلاً ناک۔ کان اور ان کے متعلقات کے امراض میں بھی آنکھ میں درد پیدا ہو جاتا ہے۔

طلباء کو چاہئے کہ پہلے آپس میں ایک دوسرے پر انگلیوں کے ذریعہ تو ترعینی کو معلوم کریں۔ محدب عدسے کے ذریعہ آنکھ پر ایک طرف سے روشنی ڈال کر روشنی کے مرکز میں ماؤف مقام کو دیکھیں۔ اور منظار العین سے آنکھ کا معائنہ کرنے کی مشق بہم پہونچائیں اور ملکہ حاصل ہو جانے کے بعد مریضوں کو دیکھیں۔ ورنہ مریض کے گرد جب تمام طلباء جمع ہو کر استفادہ کے لئے اس کو تختۂ مشق بنائیں گے تو اس کی تکلیف میں اور اضافہ ہو جائے گا اور نقصان پہونچنے کا اندیشہ بڑھ جائے گا۔ کیوں کہ آنکھ نہایت ہی نازک عضو ہے طالب علم کو سب سے پہلے ہر دو جفنوں (پلکوں) کو علیحدہ علیحدہ پلٹ کر دیکھنے کی مشق بہم پہونچانا چاہئے تاکہ پوری مہارت حاصل ہو جائے اور اجفان کو پلٹنے میں مریض کو معالج کی ناتجربہ کاری کی وجہ سے تکلیف نہ ہو۔ جن مریضوں کو روشنی میں آنکھ کھولنے سے تکلیف پہونچتی ہو اور وہ آنکھوں کو آسانی سے نہ کھول سکتے ہوں تو ان کو محبت کے ساتھ سمجھا کر نہایت سہولت و آہستگی سے اُن کی آنکھ کو کھولنا چاہئے۔ اگر اس احتیاط کے باوجود بھی ان کو تکلیف محسوس ہو تو آنکھ میں محلول کوکین کے دو قطرے ڈال دیں۔ جب اجفان آپس میں بہت زیادہ چپکی ہوئی ہوں یا آنکھ بہت متورم ہو تو اس کے کھولنے میں ذیل کی ہدایتوں کا خیال رکھیں۔

(۱) سوکھی ہوئی رطوبت یا چیپڑ کو جس کی وجہ سے پلکیں آپس میں چپک گئی ہوں۔ گرم پانی یا بورک محلول سے دھو دیں اس کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ پہلے مطہر روئی بورک محلول میں بھگو کر تھوڑی دیر چپکی ہوئی پلکوں کے کناروں پر رکھے رہیں تاکہ چیپڑ تر ہو کر آسانی سے علیحدہ کی جا سکے اس کے بعد اس چیپڑ کو آہستہ آہستہ روئی سے صاف کریں اور پھر بورک محلول سے اچھی طرح دھوئیں۔

(۲) متورم آنکھ کو زور سے کھولنے کی کبھی کوشش نہ کریں۔ کیوں کہ معلوم نہیں کہ آنکھ کے اندر کی حالت کیا ہے۔ ممکن ہے کہ قرنیہ پر زخم موجود ہو جو زور سے آنکھ کھولنے کی وجہ سے خراب ہو جائے۔ یا ایسا کرنے پر قرنیہ کے نازک اور زیادہ ماؤف ہونے کی وجہ سے

اس کے اندر سوراخ ہو جائے۔ ان حوادث سے بچنے کے لئے بہتر یہ ہے کہ پلکوں کو کھولنے کے لئے ماہر "ڈسمر" کا آلہ استعمال کریں۔
اس آلہ کے استعمال کا طریقہ یہ ہے کہ ایک ہاتھ میں آلہ لیں اور دوسرے ہاتھ کے انگوٹھے سے جفن اعلیٰ کو اٹھائیں (انگوٹھے سے جفن کو اٹھاتے وقت اس ہاتھ کی باقی انگلیاں مریض کی پیشانی پر رکھیں تاکہ آنکھ پر زیادہ دباؤ پڑنے کا خطرہ جاتا رہے) اور جفن اور متعلقین کے درمیان اس آلہ کو اس طرح رکھ دیں کہ جفن اعلیٰ کا سہارا بالکل اسی آلہ پر ہو۔ اب ایک ہاتھ سے اس آلہ کو اوپر مریض کی پیشانی کی طرف آہستہ سے اٹھائے رکھیں اور دوسرے ہاتھ کی انگلیوں سے جفن اسفل کو سہولت کے ساتھ نیچے کو کھینچیں۔ ایسا کرنے سے قرنیہ ملتحمہ وغیرہ بالکل عیاں سامنے نظر آنے لگیں گے۔ (تصویر نمبر ۵۹ ملاحظہ ہو)

بچوں کی آنکھ کے معائنہ کے لئے پہلے ان کو باتوں کے ذریعہ یا مٹھائی و کھلونا وغیرہ دے کر بہلائیں۔ تاکہ وہ معالج سے کچھ مانوس ہو جائیں اور ان کے دل سے ڈر دور ہو جائے۔ اگر ایسا نہ کیا جائے گا تو وہ خود اپنی آنکھ کا معائنہ کرنے کا موقع نہ دیں گے اور زبردستی معائنہ کرنے سے تشخیص میں پیچیدگیاں پیدا ہونے کا احتمال ہے۔ جب یہ خیال ہو کہ آنکھ کھولنے سے بچے کو تکلیف ہوگی تو محلول کوکین کے دو قطرے اس کی آنکھ میں ڈال دیں اور ۱۰ منٹ تک انتظار کریں اس کے بعد اس کی آنکھ کھولیں اس وقت آسانی سے معائنہ کرنا ممکن ہوگا۔ اگر معائنہ میں پلکوں کو ہٹانے کی ضرورت پڑے تو مذکورہ سابقہ طریقہ پر کاربند ہوں بچوں کی آنکھ کے معائنہ میں سکون و اطمینان کی غرض سے خاص تدابیر اختیار کرنی پڑتی ہیں جن کو ہم ذیل میں بیان کرتے ہیں۔

نرس یا بچے کی ماں معالج کے سامنے کسی ایسی جگہ پر بیٹھے جو معالج کے بیٹھنے کی جگہ کے برابر اونچی ہو۔ اور بچے کو اپنی گود میں اس طرح لے کہ اس کی دونوں ٹانگوں کو اپنے جسم کے دونوں طرف پھیلالے۔ اپنے دونوں ہاتھوں سے بچے کے دونوں ہاتھوں کو پکڑ کر کہنیوں سے اس کی ٹانگوں کو اپنے جسم کے ساتھ دبائے رکھے اور اپنی ٹانگوں پر اس کو اس طرح لٹائے کہ سامنے معالج اپنے دونوں گھٹنوں پر تولیہ ڈال کر ان کے درمیان بچے کے سر کو پکڑ سکے۔ اب نہایت آسانی اور اطمینان کے ساتھ معائنہ کیا جا سکتا ہے۔ (تصویر نمبر ۶۰)

بعض مریضوں کو شاذ و نادر کلوروفارم وغیرہ سونگھانے کی بھی ضرورت پڑتی ہے۔ جیسا کہ قرنیہ کے زخموں بقیس جفنوں اور متعلقین کے اوپر چڑھے ہوئے ہونے کی حالت میں ضرورت محسوس ہوتی ہے۔ اگر معالج اس امر پر قادر نہ ہو تو مریض کو معالج خصوصی کے پاس بھیج دے۔ جب مریض کی آنکھیں بجھی ہوئی اور متورم ہوں اور ان کے اندر ناقص رطوبت یا پیپ جمع ہو تو معالج کو چاہیے کہ معائنہ کرتے وقت اپنی آنکھوں کو محفوظ رکھنے کے لئے عینک استعمال کرے تاکہ مریض کی آنکھوں کو کھولتے وقت ان کے اندر کی رطوبت اچھل کر

معالج کی آنکھوں میں نہ پڑ سکے۔ ملتحمہ کے سوزاکی عددی کی صورت میں اس بات کا خطرہ خصوصیت کے ساتھ زیادہ ہوتا ہے۔

معائنہ کے لئے مریض کو کھڑکی کے سامنے اس طرح کھڑا کریں کہ اس کے چہرہ پر دونوں طرف یکساں روشنی پڑے اور معائنہ کرنے والا مریض کے سامنے کھڑکی کی طرف پشت کرکے اس طرح کھڑا ہو کہ مریض کے چہرہ پر پڑنے والی روشنی نہ رُکے۔

اجفان کا معائنہ

پہلے دونوں پلکوں کی حالت اور حرکت کو دیکھیں اور غور کریں کہ۔

(۱) فتحۃ العین کی لمبائی۔ چوڑائی طبعی حالت میں ہے یا نہیں۔

(۲) جفن اعلیٰ کی حرکت کیسی ہے آیا وہ اوپر کو اٹھتی ہے یا نہیں۔ اس میں استرخائی کیفیت تو موجود نہیں ہے۔

(۳) انعکاسی طور پر آنکھ کا بند ہونا بھی غور سے ملاحظہ کریں۔

(۴) اجفان کی جلد کو دیکھنا بھی ضروری ہے کہ اس پر ورم تو نہیں ہے۔ اجفان کا ورم محض اجفان کے مقامی التہاب یا خراج ہی تک محدود نہیں بلکہ قرب وجوار والے اعضاء کے التہاب یا خراج مثلاً آلات دمعی و ملتحمہ کے التہاب سے بھی ہو سکتا ہے۔ اس کے علاوہ شدید عفنی عدوی خصوصاً جب کہ یہ عدوی محجر۔ چشم کی جراحت کے بعد لاحق ہو۔ ثانوی سلعہ۔ کٹے پھٹے زخم۔ غشاء العظم کے نیچے کی جراحت۔ ان تمام صورتوں میں آنکھ کے اندر التہاب کی وجہ سے اجفان پر ورم پیدا ہو سکتا ہے۔ لہٰذا جملہ امور پر غور کرنے کے بعد فیصلہ کرنا چاہئے کہ اجفان خود ماؤف ہیں یا کسی دوسرے ماؤف عضو کی وجہ سے شرکی طور پر متورم ہیں۔

اجفان کے کناروں کو خصوصیت کے ساتھ دیکھنا چاہئے اور غور کرنا چاہئے کہ کناروں کے حدود صاف اور ٹھیک ہیں یا نہیں۔ ان میں کوئی خرابی یا التہاب تو نہیں ہے۔ بیرونی یا اندرونی التواء جفنی تو موجود نہیں۔

مژگاں (پلک کے بالوں) کی خرابی اور وضع کا خیال ضروری ہو۔ ان کے متعلق یہ دیکھیں کہ شعر منقلب (Trichiasis) یا شعر زائد (Distichiasis) وغیرہ کی حالت تو نہیں پائی جاتی۔

آلات دمعی کا معائنہ

اگر صرف ایک آنکھ کے ملتحمہ میں احتقان دموی موجود ہو۔ یا آنکھ کے اندر خراش کے آثار پائے جائیں یا زیریں جفن کے اوپر سے آنسو بہ کر رخساروں پر آرہے ہوں تو اس کے بہت سے اسباب ہو سکتے ہیں:

(۱) آنکھ کے اندر کسی جسم غریب مثلاً بال۔ مٹی۔ تنکا۔ کوئلہ وغیرہ کی موجودگی۔

(۲) خلقی یعنی پیدائشی طور پر نقاط دمعی کا غیر طبعی مقام پر واقع ہونا۔

(۳) قناۃ دمعی یا قناۃ انفی میں کسی رکاوٹ کا پایا جانا۔

(۴) مقلۂ عین میں کسی قسم کی خرابی کا ہونا۔

معائنہ میں نقاط دمعی اسفل کی غیر طبعی حالت کو نظر انداز کر دینا معمولی غلطی ہی جس کا سرزد ہونا ممکن ہے کیونکہ طبعی حالت میں بھی جب تک جفن اسفل کو کسی قدر مقلۂ عین سے نہ ہٹایا جائے۔ ہم ان کو نہیں دیکھ سکتے۔ بوڑھوں میں عصبی کمزوری کی وجہ سے جفن اسفل میں خصوصیت کے ساتھ بیرونی التوار پایا جاتا ہے۔ اسی وجہ سے نقاط دمعی میں رطوبت نہیں داخل ہو سکتی۔ آنکھ کے محیطی عضلہ کے انقباض میں جفن اسفل کا اندرونی التوار پایا جاتا ہے۔ اس وجہ سے بھی رطوبت نقاط دمعی میں نہیں داخل ہو سکتی اور آنسو بہتے رہتے ہیں۔ کبھی کبھی التہاب ملتحمہ میں یا اس کے بغیر بھی کیس دمعی میں التہابی کیفیت پائی جاتی ہے جس کی وجہ سے کیس دمعی میں کسی قدر تناؤ پیدا ہو جاتا ہے۔ ایسی صورت میں نقاط دمعی کو دیکھنا چاہئے کہ کہیں وہ ملتحمہ مقلی کے ساتھ ملتصق تو نہیں ہیں یا کیس دمعی کے دبانے پر ان کے اندر سے آنکھ میں رطوبت واپس آتی ہے یا نہیں۔

کیس دمعی۔ آنکھ کے کوئے اور ناک کے درمیان حفرۂ دمعیہ کے اندر واقع ہے۔ اس کے جسم کا ابھار اندرونی رباط جفنی کی سطح سے کچھ اوپر تک ہوتا ہے کیس دمعی کو دبانے کے لئے اسی مقام پر اندر اور پیچھے کی طرف دباؤ ڈالنا چاہیے۔ قناۃ انفی میں اگر کسی قسم کی رکاوٹ ہو جس کی وجہ سے کیس دمعی پر دباؤ ڈالنے سے رطوبت ناک کے اندر نہ پہونچ سکے تو قناۃ دمعی سے ہوتی ہوئی آنکھ میں واپس آجائے گی اور نقاط دمعی میں سے نکلتی دکھائی دے گی۔ معائنہ کرنے والے کو چاہیے کہ اس طرح واپس آئی ہوئی رطوبت کے متعلق یہ فیصلہ کرے کہ آیا یہ خالص رطوبت دمعی ہے یا اس میں مخاطی رطوبت یا پیپ اور مخاط بھی پائی جاتی ہے۔

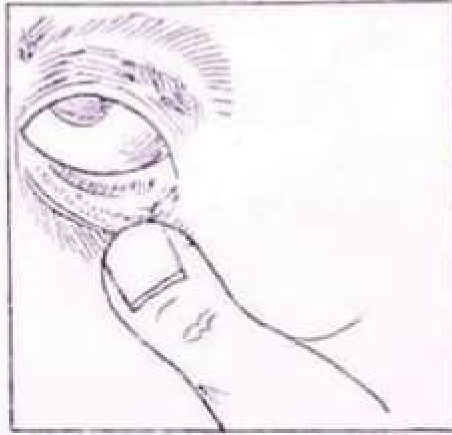
دمعی راستوں کی طبعی حالت کا امتحان اس طرح آسانی سے ممکن ہے کہ آنکھ کے اندر ایک قطرہ "فلورسین محلول" کا ڈالیں اور مریض سے کہیں کہ زور سے ناک صاف کرے۔ اگر دمعی راستے صاف ہیں تو ناک کے ذریعہ رومال پر "فلورسین محلول" کا رنگ آجائے گا۔

ملتحمہ کا معائنہ

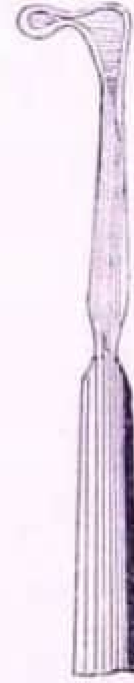
طبقہ ملتحمہ ایک قسم کا غشائی استر ہے جو اجفان کی اندرونی سطح اور مقلۂ عین پر پوری طرح چڑھا ہوتا ہے۔ ملتحمہ کا جو حصہ جفن اعلیٰ اور جفن اسفل کی اندرونی سطح پر استر کرتا ہے۔ اس کو ملتحمہ طاق اعلیٰ اور ملتحمہ طاق اسفل کہتے ہیں اور مقلۂ عین پر استر کرنے والے حصہ کو ملتحمہ مقلی کہتے ہیں۔ سامنے قرنیہ پر ملتحمہ کا استر دکھائی نہیں دیتا۔ اس کی ایک وجہ یہ ہے کہ ملتحمہ کا صرف ایک سطحی پرت قرنیہ کو ڈھانکتا ہے اور دوسری یہ کہ یہ سطحی پرت بھی قرنیہ کی طرح شفاف ہوتا ہے۔

ملتحمہ کے مختلف حصے آنکھ کے جن مختلف حصوں پر استر کرتے ہیں ان کو ان ہی کے لحاظ سے نامزد کیا جاتا ہو۔ مثلاً ملتحمہ جبلی،

تصویر نمبر ۶۱ متعلق صفحہ ۱۲۹

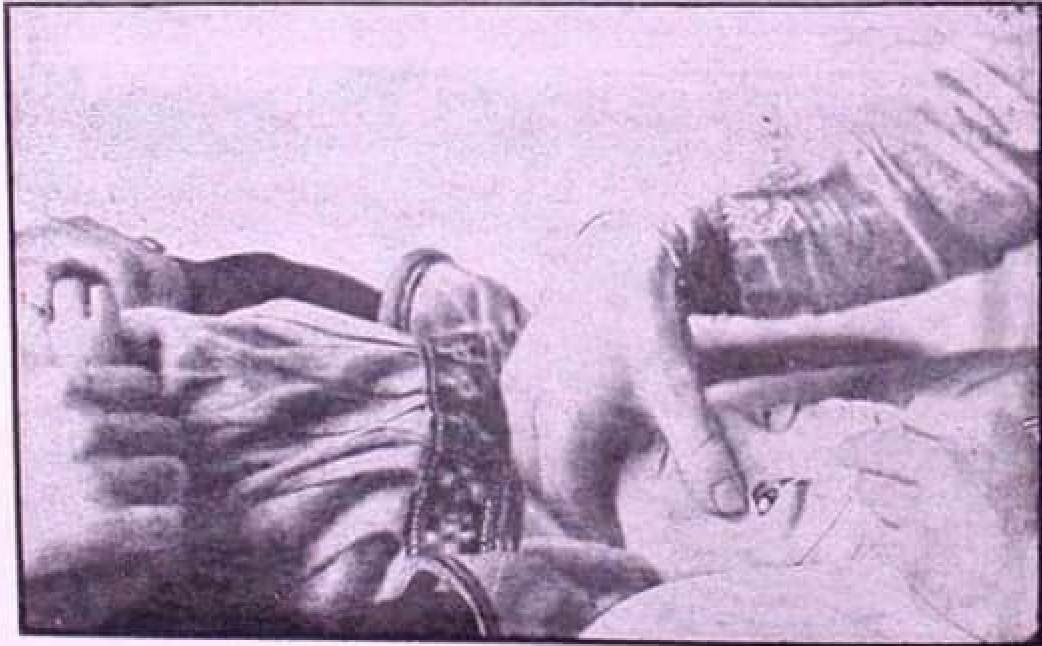


زیرین ملتحمہ کے دیکھنے کا طریقہ



تصویر نمبر ۵۹ متعلق صفحہ ۱۲۶

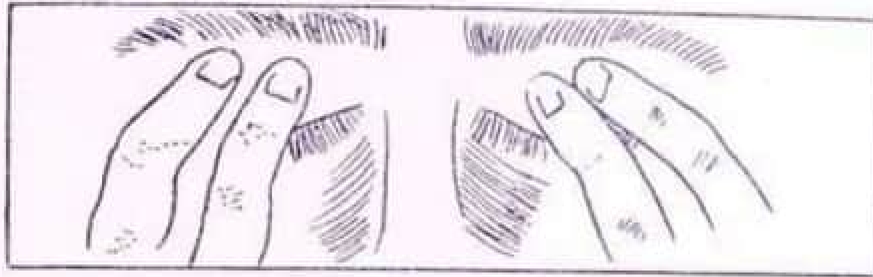
ماہر ڈسمر کا جفن کو پلٹنے والا آلہ

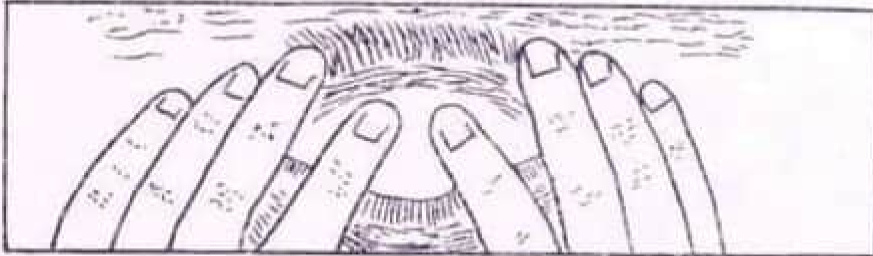


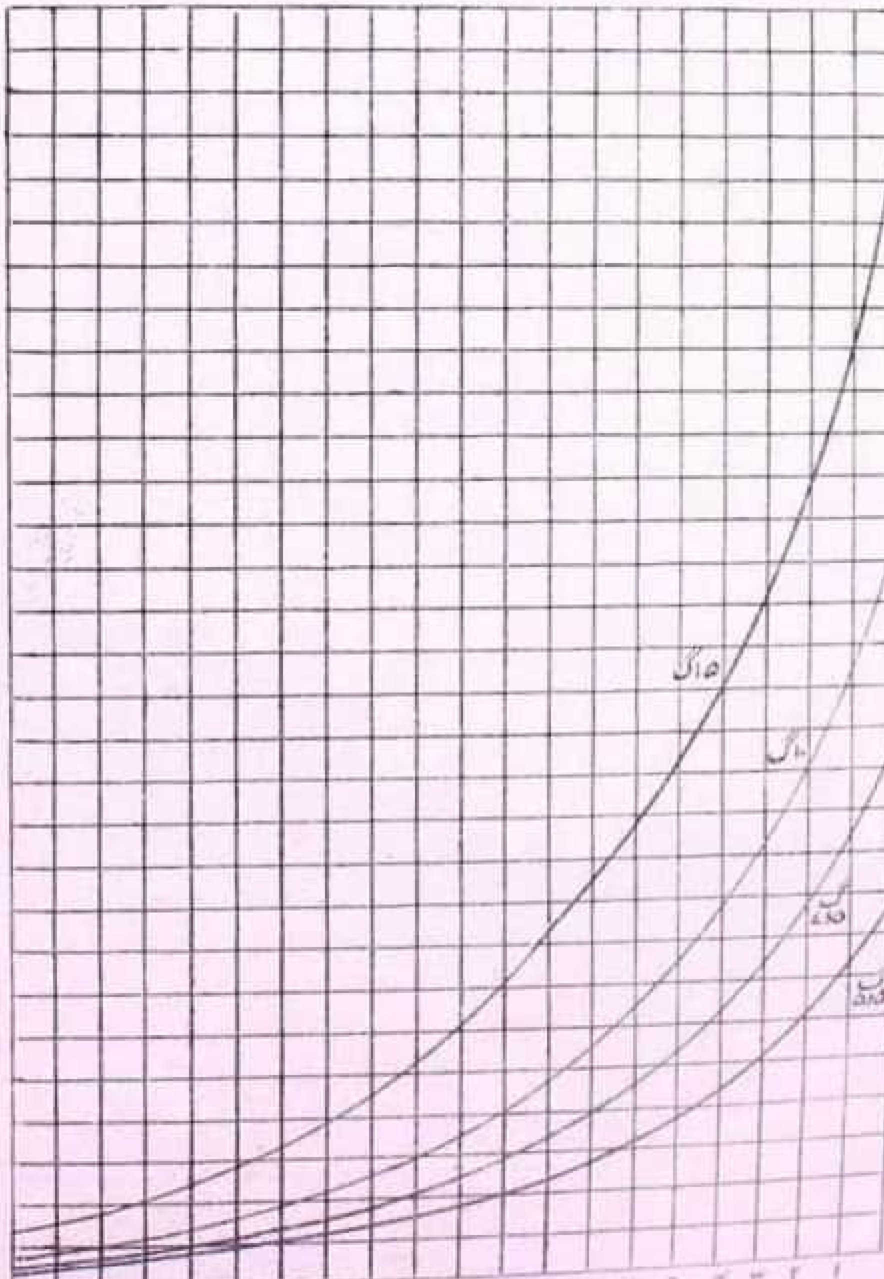
تصویر نمبر ۶۰ متعلق صفحہ ۱۲۶ ۔ آلہ ڈسمر کے ذریعہ بچوں کی آنکھیں معائنہ کرنے کا طریقہ

متعلق صفحہ ۱۴۶ و ۱۴۷

تصویر نمبر ۷۴ و ۷۵







نمبر ۷۵ وتر پیا کے ساتھ تطبیق دینے والا نقشہ

ملتحمہ مقلی، ملتحمہ جفنی، ملتحمہ طاقی، جیسا کہ ہم پہلے ذکر چکے ہیں۔ کھلی ہوئی آنکھوں میں عام طور پر ملتحمہ کا ایک حصہ (ملتحمہ صلبی) دکھا جا سکتا ہے۔ طبقہ صلبیہ ملتحمہ کے ساتھ نہایت نازک نسیج واصل کے ذریعہ ملحق ہوتا ہے۔ اسی لئے منقاش کے ذریعہ اٹھانے پر اس مقام کا ملتحمہ کسی قدر اوپر اُٹھ سکتا ہے۔ قرنیہ کے نزدیک ملتحمہ کا اتصال زیادہ مستحکم ہو جاتا ہے اور قرنیہ پر ملتحمی بشرہ کا ایسا استر ہوتا ہے کہ اس کو کسی طرح جدا نہیں کیا جا سکتا۔ تکوینی حیثیت سے یہ بات ثابت ہو چکی ہے کہ یہ بشرہ مقدم قرنیہ کے ملتحمہ کا جز ہے۔ مرضی حالات بھی اس کی تائید کرتے ہیں جیسا کہ آیندہ بیان کیا جائے گا۔

بعض اوقات قرنیہ کے انفی اور صدغی دونوں طرف ملتحمہ کا ایک اُبھار مثلث نما ملتا ہے۔ جس کا رنگ کدورت لئے ہوئے زردی مائل ہوتا ہے۔ اس مثلث کا قاعدہ قرنیہ کی طرف ہوتا ہے اس کو ہم (Pinguicula) شارقۃ العین کہتے ہیں۔ یہ خصوصیت کے ساتھ بتی۔ دھوئیں وغیرہ کی وجہ سے ملتحمہ کی خراش سے پیدا ہوتا ہے۔ اس کو التہاب ملتحمہ جیبی سے مختلط نہ کرنا کرنا چاہیے۔ اور نہ کبھی غلطی سے چھوٹا خراج سمجھنا چاہیے۔

آنکھ کے اندرونی کوئے میں ملتحمہ مقلی کی ایک ہلالی چنٹ ہوتی ہے۔ جس کو "غضن العین" کہا جاتا ہے یہ اس جھلی کا باقی ماندہ حصہ ہے جو ادنیٰ درجہ کے جانوروں میں آنکھ کے ڈھیلے کے سامنے ملتحمہ کے اوپر غلاف کی صورت میں پائی جاتی ہے۔ اور ان کے ارادے کے ماتحت کھلتی اور بند ہوتی ہے۔ اس جھلی کا نام "غمازالعین" Nictitating Membrane ہے غضن العین کے اندرونی جانب کوئے کے اندر ایک سرخ اُبھار ہوتا ہے جس کو 'حلمۃ العین' کہتے ہیں۔

طبقہ ملتحمہ کو پوری طرح اس وقت تک نہیں دیکھ سکتے جب تک کہ اوپر و نیچے کی پلکوں کو پلٹ نہ لیں۔ ملتحمہ کو دیکھنے کے لئے پلکوں کو پلٹنے کا طریقہ یہ ہے کہ عظم الوجنہ کے اُبھار پر انگوٹھا یا انگلی رکھ کر زیریں جفن کی جلد کو نیچے کی طرف کھینچیں۔ اس طرح کرنے سے جفن اسفل کے اندر کا ملتحمہ دکھائی دینے لگے گا۔ اس وقت اگر مریض اوپر دیکھ رہا ہو تو اور بھی صاف دکھائی دے گا۔ ملتحمہ مقلی کا زیریں حصہ ملتحمہ طاقی اسفل اور زیریں جفن کا ملتحمہ اس طریقہ سے بخوبی دکھائی دیتے ہیں (تصویر نمبر ۱۶ ملاحظہ ہو)

جفن اعلیٰ کو پلٹنے کے چند طریقے ہیں۔

(۱) ایک ہاتھ کے انگوٹھے اور انگشت شہادت اور دوسرے ہاتھ کے انگوٹھے کے ذریعہ۔

(۲) ایک ہاتھ کے انگوٹھے اور انگشت شہادت اور پروب (سلائی یا مجس) یا کسی پنسل کے ذریعہ

(۳) صرف ایک ہاتھ کے انگوٹھے اور انگشت شہادت کے ذریعہ۔

جفن اعلیٰ کو پلٹنے کا عملی طریقہ - داہنی آنکھ کے لئے بائیں اور بائیں آنکھ کے لئے داہنے ہاتھ سے کام لیں - مریض سے کہیں کہ وہ نیچے کی طرف دیکھے - اگر مریض زیادہ سمجھدار نہ ہو تو اس کا ہاتھ اس کے پیٹ پر رکھ کر کہیں کہ ہاتھ کی طرف دیکھتا رہے - جفن کے کنارے کے بالوں کو معالج اپنی بائیں انگشت شہادت اور انگوٹھے کے درمیان اس طرح پکڑ لے کہ جفن اعلیٰ کا نچلا کنارہ بھی کسی حد تک گرفت میں آجائے (تصویر نمبر ۶۲ ملاحظہ ہو)

اب اس کو نیچے اور آگے کی طرف کھینچیے اس کے بعد ایک سلائی یا دوسرے ہاتھ کی انگلی یا انگوٹھا - جفن اعلیٰ کے نصف حصہ سے اوپر افقی طور پر رکھیے - اس مقصد کے لئے انگوٹھے کا ناخن - پنسل وغیرہ بھی استعمال کر سکتے ہیں - جس ہاتھ سے مژگاں اور جفنی کنارے کو پکڑے ہوئے ہیں اس کو مع جفن کے اوپر کی طرف گھمائیں - جب جفن اعلیٰ پلٹ جائے تو سلائی یا انگوٹھا یا انگوٹھے کا ناخن اوپر سے علیحدہ کر لیں - پلٹی ہوئی جفن کو قائم رکھنے کے لئے انگوٹھے سے مژگاں اور جفن کے نچلے کنارے کو قوس مجر کے ساتھ دبائے رکھیں - اس طرح اجفان کو پلٹ کر ہم ملتحمہ کا وہ حصہ دیکھ سکتے ہیں جو جفن اعلیٰ کی غضروف کو استر کرتا ہے - اگر ہم جفن اعلیٰ کے نیچے بالائی طاق پر استر کرنے والے ملتحمہ کو بھی دیکھنا چاہیں تو پلٹی ہوئی جفن اعلیٰ کو ایک ہاتھ سے اسی طرح قائم کئے رکھیں (تصویر نمبر ۶۳ ملاحظہ) اور دوسرے ہاتھ کے انگوٹھے سے جفن اسفل کو مع مقلۂ عین کے پیچھے کی طرف کو دبائیں - ایسا کرنے سے بالائی طاقی ملتحمہ باہر نکل آتا ہے اور ہم بخوبی اس کا معائنہ کر سکتے ہیں - لیکن جب قرنیہ میں قرحہ ہو یا آنکھ میں گہرا زخم ہو تو ایسا ہرگز نہ کرنا چاہیے ورنہ آنکھ کو شدید نقصان پہونچنے کا احتمال ہوتا ہے - ایسی صورت میں مندرجہ ذیل طریقہ پر کاربند ہوں مگر اس عمل کے لئے کوکین کا محلول ڈالیں تاکہ ملتحمہ بحس ہو جائے اور درد نہ ہو - وہ طریق یہ ہے کہ پلٹی ہوئی جفن اعلیٰ کو منقاش سے پکڑ کر ایک مرتبہ اور پلٹ دیں - ایسا کرنے سے طاق اعلیٰ بہت صاف اور بخوبی دکھائی دینے لگتا ہے - طاق ملتحمہ کا معائنہ بہت ضروری ہے - کیوں کہ بھوسے کے تنکے - اناج کے دانے - اور کبھی کبھی پلکوں کے بال آنکھ ملنے کی صورت میں پہونچ کر یہیں پڑے رہتے ہیں - مذکورہ طریقوں کے علاوہ ماہر "ڈسمر" کے آلے سے بھی طاق اعلیٰ کے معائنہ میں مدد لی جاتی ہے - جیسا کہ (تصویر نمبر ۶۴) میں دیکھا گیا ہے -

جفن اعلیٰ کے پلٹنے کا مذکورہ طریقہ زیادہ آسان ہے - مگر بعض معالجین اس سے بھی زیادہ آرام دہ طریقے استعمال کرتے ہیں (تصویر نمبر ۶۵ ملاحظہ ہو) پہلے مریض کو نیچے کی طرف دیکھنے کو کہا جائے پھر داہنی آنکھ کی جفن اعلیٰ کو پلٹنے کے لئے بائیں ہاتھ کے انگوٹھے کو تھوڑا سا ٹیڑھا کر کے جفن اعلیٰ کے نچلے کنارے کے کسی قدر اندر کی طرف رکھیں اور انگشت شہادت کو جفن اعلیٰ کے اوپر آدھ انچ کے قریب رکھیں - پھر جفن اعلیٰ کے نچلے کنارے کو مع مژگاں کے پکڑ کر پلٹنے کی کوشش کریں اور ساتھ ہی انگشت شہادت کو پیچھے اور نیچے

کی طرف کو دبائیں۔ اس طرح صرف ایک ہاتھ سے جفن پلٹ لی جاتی ہے۔ اجفان کے پلٹنے کا عمل زیادہ دیر تک اور بار بار نہ کرنا چاہیے کیوں کہ اس سے مریض کو تکلیف ہوتی ہے اور ملتحمہ سرخ ہو جاتا ہے۔ ملتحمہ کی یہ سرخی التہابی نہیں ہوتی۔ معائنہ کے وقت زیادہ دباؤ کی وجہ سے بھی ملتحمی غشا رزرد نظر آسکتی ہے۔ بعض لوگ غلطی سے اس کو ندبی ساخت تصور کرتے ہیں۔ اگر دونوں جفنوں کے ملتحمہ میں عروقی احتقاق زیادہ ہو تو اس امر پر غور کرنا چاہیے کہ اس کی کیا وجہ ہے کبھی اس احتقانی حالت کو غلطی سے ملتحمہ کا التہاب سمجھ کر علاج شروع کیا جاتا ہے۔ حالاں کہ یہ سرخی ملتحمہ کے بعض مقامی التہاب کی وجہ سے نہیں ہوتی بلکہ دوسرے عضو کی بیماری کی وجہ سے اشتراکی طور پر پیدا ہوتی ہے۔ چنانچہ آنکھ کے قرب جوار کے اعضاء اور خود آنکھ کے التہاب میں بھی ملتحمہ سرخ ہوتا ہے۔ قرنیہ کے چاروں طرف نیلگوں سرخ احتقان جو دائرہ کی صورت میں نظر آتا ہے۔ ہوسکتا ہے کہ یہ خود ملتحمہ کے علاوہ آنکھ کے اندرونی طبقات کے التہاب یا مخرش حالات کے ماتحت رونما ہوا ہو۔ ان چیزوں کا ذکر ملتحمہ کی التہابی سرخی۔ عروق کا رنگ۔ ملتحمہ اور دوسرے حصوں کے التہاب کی تشخیص فارقہ کے سلسلے میں کیا جائے گا۔ اگر یہ سرخی کسی التہاب یا خراش کی وجہ سے رونما ہوئی ہے تو مختلف اسباب کی بنا پر مختلف حصوں میں ظاہر ہوگی۔

اس جگہ ان عروق کا ذکر بھی مناسب معلوم ہوتا ہے جن کے انبساط کی وجہ سے یہ سرخی ظاہر ہوتی ہو۔ یہ عروق تین گروہ میں تقسیم کئے جاسکتے ہیں مگر تندرستی میں ان عروق کا پہچاننا ممکن نہیں۔ کیوں کہ یہ نہایت باریک ہوتے ہیں۔ اب ہم ذیل میں ان ہر سہ گروہ کو بیان کرتے ہیں۔

(۱) عروق ملتحمہ مؤخرہ۔ یہ ملتحمہ کے خاص عروق ہیں۔

(۲) عروق ملتحمہ مقدمہ۔ یہ عروق قرنیہ کے چاروں طرف اس کے ملتحمہ صلبیہ میں غذا پہونچاتے ہیں۔ ان کی شاخیں قرنیہ کے اندر کنارے پر بھی کسی حد تک جاتی ہیں۔

(۳) عروق ہدبیہ مؤخرہ۔ یہ عروق ملتحمہ کی زیریں نسیجوں اور صلبیہ کی بیرونی نسیجوں میں پائے جاتے ہیں۔

یہ سب آخری گروہ کی شاخیں ہیں۔ قرنیہ کے کنارے سے دو یا چار ملی میٹر پر ختم ہو جاتی ہیں اور آنکھ کے اندر ان مقامات پر داخل ہو کر اداہدبیہ کے تغذیہ کا فعل انجام دیتی ہیں۔ ان عروق کی اور بھی باریک شاخیں ہوتی ہیں جو صلبیہ کے بیرونی حصہ کی نسیجوں میں پائی جاتی ہیں مگر نظر نہیں آتیں۔ انبساط کی حالت میں ان کا رنگ گلابی ہوتا ہے۔ چوں کہ یہ قرنیہ کے چاروں طرف باریک باریک قریب قریب اور متوازی حلقہ نما واقع ہوتی ہیں۔ اس لئے ان کا گلابی رنگ قرنیہ کے چاروں طرف ایک ہالے کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے۔

ان تینوں گروہ میں سے کسی ایک کے ماؤف ہونے سے پتہ چل جاتا ہے کہ التہاب کس جگہہ موجود ہے۔

ملتحمی عروق کے انبساط کو ہدبی عروق کے انبساط سے ذیل کی علامات سے پہچانتے ہیں۔

(۱) ملتحمہ کے عروق کا رنگ انبساطی حالت میں کھلا ہوا سرخ ہوتا ہے جو پکی اینٹ کے رنگ سے مشابہت رکھتا ہے مگر ہدبی عروق کا رنگ ارغوانی ہوتا ہے۔ نیز یہ عروق ملتحمہ کے اندر کی طرف دکھائی دیتے ہیں۔

(۲) اگر جفن اسفل پر انگلی رکھ کر ملتحمہ کو صلبیہ کے اوپر ادھر سے ادھر حرکت دیں تو ملتحمی عروق بھی حرکت کرتے ہیں مگر ہدبی عروق اپنی جگہہ پر قائم رہتے ہیں۔

(۳) ملتحمی عروق کو علیٰحدہ علیٰحدہ اور ان کے جال کی مختلف شاخیں ہم دیکھ سکتے ہیں مگر ہدبی عروق ایک قسم کا منتشر بنفشئی سرخ رنگ پیدا کرتے ہیں۔ اس رنگ کے اندر عروق الگ الگ تمیز نہیں کئے جاسکتے۔

(۴) اگر عروق کو دبا کر ان کو خون سے خالی کرنے کی کوشش کی جائے تو دباؤ ہٹانے پر ہدبی عروق فوراً بھر جاتے ہیں۔ کیوں کہ ان کے توصلات آپس میں بہت زیادہ ہوتے ہیں۔ مگر ملتحمی عروق آہستہ آہستہ خون سے پُر ہوتے ہیں۔

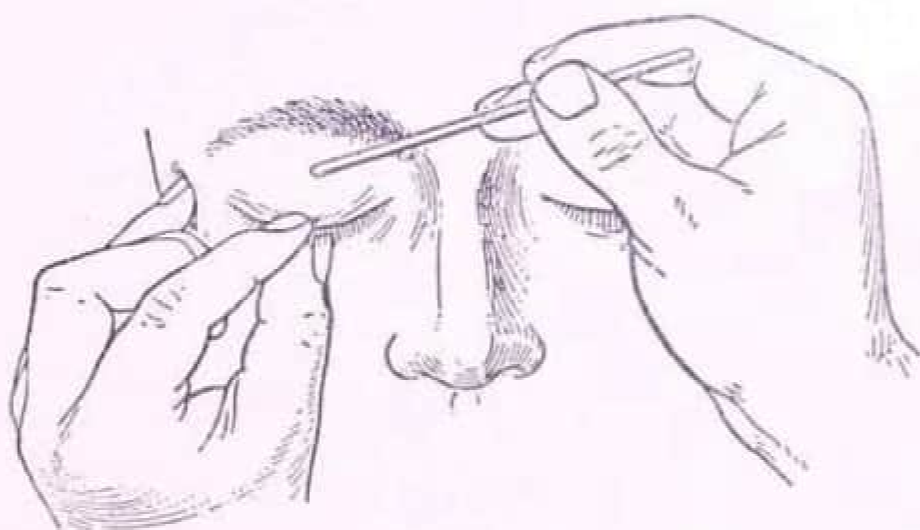
ملتحمی عروق کے احتقان میں قرنیہ کے گرد نسبتاً کسی حد تک سفیدی مائل حلقہ ملتا ہے۔ اس کے ساتھ آنکھ سے رطوبت بھی خارج ہوتی ہے۔ یہ حالت عموماً التہاب میں پائی جاتی ہے۔ اگر آنکھ میں خراش زیادہ ہو اور روشنی میں آنکھ کا کھولنا ناممکن ہو تو بھی اس کے جفنی انقباض بھی پایا جائے اور رطوبت دمعی کثیر مقدار میں خارج ہوتی ہو تو قرنیہ پر کسی جسم غریب کے ہونے کا شک کیا جاسکتا ہے پلکیں (مژگاں کے بال) اندر کی طرف مڑ کر بھی یہی کیفیت پیدا کر دیتے ہیں۔ ملتحمہ کے بثری التہاب میں یہ حالت مل سکتی ہے۔ مگر اس صورت میں ملتحمہ کے عروق مقدم کا احتقان بھی پایا جاتا ہے جو بثری نقطہ سے مثلث نما صورت میں پھیلا ہوا ہوتا ہے۔

قرنیہ کے گرد ملتحمی اور قرنوی عروق میں جو احتقانی حالت ملتی ہے وہ قرنیہ کی خراش۔ رگڑ یا قرحہ کی وجہ سے ہو سکتی ہے اگر جلد ملتحمہ کو ادھر سے اُدھر کرنے میں ان عروق میں کوئی حرکت نہیں ہوتی لیکن ان کا تعلق ملتحمہ سے ہوتا ہے۔

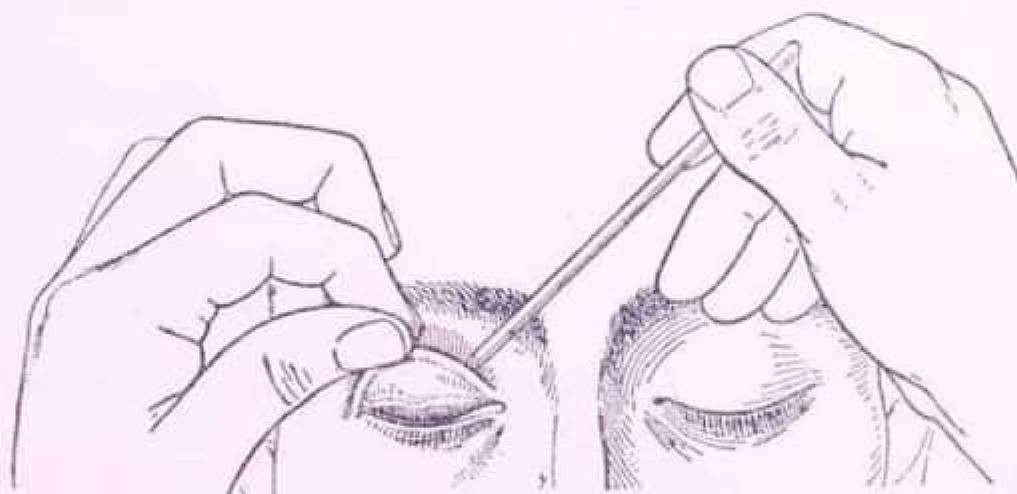
قرنیہ کے گرد گلابی احتقان "طبقہ عنبیہ" کے التہاب کی وجہ سے پایا جاتا ہے۔ ان کے ہدبی عروق مقدمہ ماؤف ہوتے ہیں۔ اگر قرنیہ کے گرد سرخی کا رنگ نیلگوں ہو اور سرخی اور عروق دونوں گہری نسیجوں میں واقع ہوں جا بجا دھبے دکھائی دیں تو جسم ہدبی کا التہاب اس کا باعث ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے اس کو "احتقان ہدبی" کہتے ہیں۔

اگر اس کے متصل صلبیہ کے اندر نیلے سرخ رنگ کا احتقان پایا جائے تو "زرق الماء" کا شک کرنا چاہئے۔ مگر بوڑھے مریضوں

۹۲



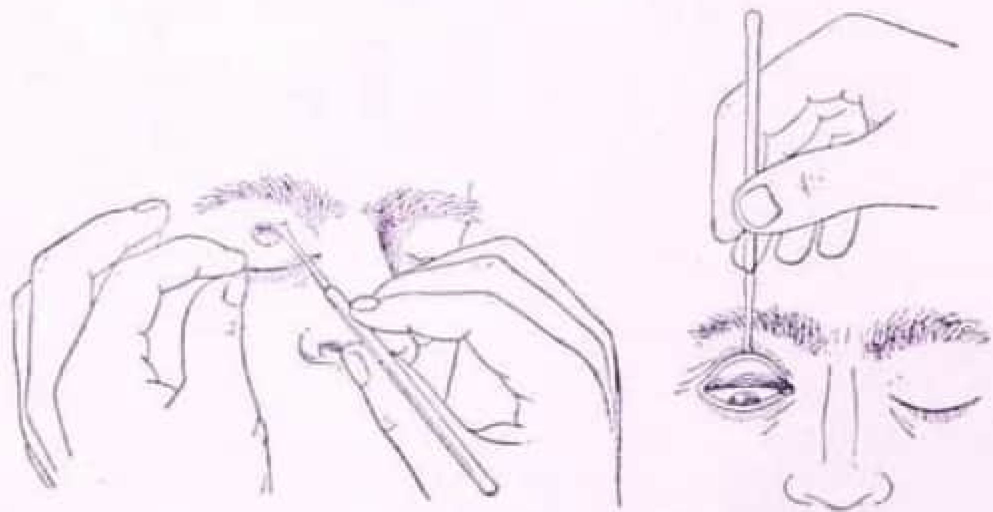
۹۳





بالائی جفن کے پلٹنے کے مختلف طریقے

۹۴



آلہ تسمر کے ذریعہ جفن اعلیٰ کے پلٹنے کا طریقہ

۹۵



انگوٹھا اور شہادت کی انگلی کے ذریعہ جفن اعلیٰ کو پلٹنے کا طریقہ

میں یہ رنگ دوسری بیماریوں کی وجہ سے بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ مذکورہ بالا علامات و حالات کو بخوبی سمجھنا ضروری ہے۔ ورنہ زبردست غلطی کا احتمال ہے۔

غدد لمفاوی کا تعلق بھی چونکہ آنکھ اور اس کے متعلقہ اعضاء سے ہے۔ لہٰذا معائنہ کے وقت ان کا خیال رکھنا بھی ضروری ہے۔

صلبیہ کا معائنہ

صلبیہ کا معائنہ کرنے پر قرنیہ کے چاروں طرف عقدی ابھار ملتحمہ کے نیچے بآسانی دیکھے جا سکتے ہیں۔ یہ ابھار صلبیہ کی بیرونی نسیج خلوی کے التہاب سے پیدا ہوتے ہیں۔ ان کے گرد مقامی احتقان دموی پایا جاتا ہے۔ صلبیہ کی نسیج غائر کے التہاب میں پہلے سرخ رنگ کا ہدبی احتقان ہوتا ہے اور قرنیہ کے گہرے پرتوں میں سحابی کیفیت نظر آتی ہے۔ یہ سحابی کیفیت قرنیہ کے محیطی حصہ میں خاص طور پر پائی جاتی ہے۔

قرنیہ کے محیط میں چاروں طرف اگر صلبیہ کا رنگ نیلا پایا جائے تو اس حالت کو بچوں کے علاوہ بڑے مریضوں میں ہمیشہ مرضی علامت سمجھنا چاہیے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ صلبیہ جسم ہدبی کے اوپر جبلی کمزوری یا ضرب یا التہاب یا توتر عینی کے بڑھنے (جو زرق الماء میں ہوتا ہے) کی وجہ سے پھول جاتا ہے۔ صلبیہ کے رنگ کی تبدیلی تلوین (Pigmentation) بھی اس کا باعث ہوتی ہے جن مقامات پر عروق ہدبیہ اس کے اندر داخل ہوتے ہیں۔ وہاں پر سیاہ فام لوگوں میں صلبیہ کا میلا رنگ طبعی طور پر پایا جاتا ہے ان لوگوں کے علاوہ دوسرے اشخاص میں ان مقامات پر سیاہی کا پایا جانا مخدوش اور خطرناک ہوتا ہے لہٰذا غور سے معائنہ کر کے اس امر کی تشخیص کرنا چاہیے کہ یہ حالت مرضی ہے یا طبعی۔ گہری رنگت کے نیچی ابھار اگر اس جگہ پائے جائیں تو جسم ہدبی کے سلعہ خبیثہ کا امکان ہمیشہ مدنظر رکھنا چاہیے۔ اگر کسی مقام پر صلبیہ پھولا ہوا ہے تو تاریک کمرہ میں اس مقام پر تیز روشنی ڈال کر دیکھیں کہ روشنی اس کے اندر سے گذر کر آنکھ میں پہونچتی ہے یا نہیں۔ جب روشنی اندر پہونچے گی تو حدقہ روشن ہو جائے گا ورنہ نہیں۔

قرنیہ کے ختم ہوتے ہی اگر صلبیہ کا انحنار فوراً نمایاں طور پر شروع ہو جائے تو "طول بصر" اگر آہستہ آہستہ شروع ہو تو قصر بصر کو مدنظر رکھیں۔ پھر معائنہ کی دوسری منزلوں میں اس امر کا فیصلہ کر لیں۔

قرنیہ کا معائنہ

قرنیہ کے معائنہ میں ذیل کی باتوں کو غور سے دیکھنا چاہیے۔

(۱) توس قرنیہ کی شکل و جسامت

(۲) قرنیہ کی شفافیت۔ اس کی سطح کا چمکدار ہونا۔ اور سطحی نسیجوں کا تلیف وغیرہ سحابی کیفیت موجود ہو تو دیکھیں کہ آیا وہ سطحی ہے یا غائر۔

(۳) قرنیہ کی حس کی کمی یا زیادتی (ذکاوت حسی) وغیرہ۔

(۴) قرنیہ کی مقاومت۔

(۵) عروق اگر موجود ہوں تو دیکھیں کہ وہ سطحی ہیں یا غائر۔

قرنیہ کے معائنہ میں ذیل کے طریقے اختیار کئے جاتے ہیں۔

(۱) کھڑکی کے سامنے مریض کو کھڑا کر کے کھڑکی کے عکس کو قرنیہ کے مختلف مقامات پر دیکھتے ہیں۔

(۲) مذکورہ بالا عمل کی طرح پلاسیڈو کے منظار قرنیہ کا عکس قرنیہ پر دیکھا جاتا ہے۔

(۳) کھڑکی کی روشنی عدسے میں سے گذار کر عدسے کے مرکز میں قرنیہ کی مختلف حالتوں کا معائنہ کیا جاتا ہے اس کو "تنویر مرکزی" کہتے ہیں۔

(۴) تاریک کمرے میں بجلی کی روشنی عدسے میں سے گذر کر قرنیہ پر اس طرح ڈالتے ہیں کہ روشنی کا مرکز قرنیہ پر اس مقام پر بنتا ہے جس کا معائنہ مقصود ہو پھر اس عدسے کو ادھر سے ادھر حرکت دیکر قرنیہ کی ساری سطح کا معائنہ کرتے ہیں اسکو تنویر پہلوئی کہتے ہیں۔

(۵) تاریک کمرہ کے اندر بجلی کی روشنی کے ذریعہ مقعر مراۃ سے قرنیہ کا معائنہ کرنا۔ اس طریقہ امتحان میں عدسہ بھی استعمال کر سکتے ہیں۔

(۶) قرنیہ کو گلسٹرانڈ لیمپ سے روشن کر کے "زائیس" کی عینی خوردبین کے ذریعہ قرنیہ کو معائنہ کرنے کا طریقہ (تصویر نمبر ۶ و ۲۶)

(۷) آنکھ کے اندر ایک قطرہ فلوریسین کا محلول ڈال کر معائنہ کرنا۔

تھوڑے ہی تجربہ کے بعد ہم کو قرنیہ کی جسامت کا طبعی یا غیر طبعی ہونا معلوم ہو جاتا ہے۔ اگر کسی آنکھ میں قرنیہ جسامت میں چھوٹی اور خزانہ مقدم کی گہرائی کم ہو تو "زرق الماز" کا خیال ہونا چاہئے۔ طبعی حالت میں قرنیہ شفاف اور چمکدار رہتا ہے۔ قرنیہ کی سطح سے نسیجوں کا تلف ہونا بشری استر کا کہیں کہیں سے غائب ہونا۔ یا کسی قسم کی رگڑ کا موجود ہونا یہ سب ایسی چیزیں ہیں کہ اگر غور سے معائنہ نہ کیا جائے تو نظر انداز ہو سکتی ہیں۔ خصوصاً جب کہ خراش بہت معمولی اور رطوبت دمعی کا اخراج بہت کم ہو۔ قرنیہ کے قوس کا غیر طبعی ہونا یا اس میں انتفاخی حالت کا موجود ہونا۔ اس کی سطح کی بے قاعدگیاں مثلاً گولائی (تحدیب) کم ہونا یا گہرے زخموں کی وجہ سے اس کا بیٹھ جانا۔ یہ سب چیزیں ایسی ہیں کہ ان کو معائنہ میں ایک طرف سے آنکھ کو دیکھ کر ہم معلوم کر سکتے ہیں۔

قرنیہ کے معائنہ کے لئے اگر مریض کو ہم کھڑکی کے سامنے کھڑا کر کے دیکھیں تو کھڑکی کا عکس قرنیہ پر پڑے گا۔ اس وقت مریض سے کہیں وہ اوپر نیچے۔ دائیں بائیں آہستہ آہستہ دیکھے یا معائنہ کرنے والا اپنی انگلی مریض کے سامنے کھڑی کر کے اس کو آہستہ آہستہ حرکت دے

اور مریض سے کہے کہ وہ انگلی کی طرف دیکھتا ہے۔ اس طرح ہم کھڑکی کے عکس کو قرنیہ کے تمام حصوں پر دیکھ سکتے ہیں۔ اگر قرنیہ کی سطح طبعی حالت میں ہو تو کسی مقام پر کھڑکی کے عکس میں بے قاعدگی نہ ہوگی لیکن جہاں قرنیہ کی سطح پر خراش یا رگڑ کا اثر ہوگا یا جس مقام پر قرنیہ کی سطحی نسیجیں ضائع ہو چکی ہوں گی ان کی جگہوں پر کھڑکی کا عکس بے قاعدہ دکھائی دے گا۔

اگر قرنیہ میں مزمن التہاب منتشرہ موجود ہو یا زرق الماء کی وجہ سے تو تر عینی زائد پایا جائے تو کھڑکی کا عکس کسی قدر خراب مگر باقاعدہ ہوگا۔ اس کے برعکس اگر قرنیہ میں سطحی التہاب ہو یا سطح پر چوٹ لگنے سے طبقہ قرنیہ پھٹ گیا ہو یا کوئی غریب جسم اس کے اندر موجود ہو یا زخم کے نشانات اس پر پائے جائیں۔ یا کسی مقام پر پیغی ندبی ساخت کی وجہ سے سحابی کیفیت موجود ہو تو ان تمام حالات میں کھڑکی کے عکس میں بے قاعدگیاں پائی جائیں گی۔

مذکورہ تمام حالتوں کا معائنہ پلاسیڈو کے منظار قرنیہ کے ذریعہ بھی بخوبی کیا جا سکتا ہے یہ آلہ دھات کا بنا ہوا قرص نما سطح اور گول ہوتا ہے۔ جس کا قطر تقریباً ۱۲ انچ یا اس سے کچھ زائد ہوتا ہے اس میں ایک طرف دستہ لگا ہوتا ہے۔ اس کی مدوّر سطح کے مرکز میں کم طاقت کا ایک عدسی شیشہ لگا رہتا ہے جس کے اندر سے قرنیہ کی سطح پر منظار قرنیہ کے عکس کو معائنہ کرنے والا بخوبی دیکھ سکتا ہے۔ اسی عدسی شیشے کی وجہ سے منظار کا عکس قرنیہ پر بڑا دکھائی دیتا ہے۔ اس آلہ کی دو مدوّر سطحیں ہوتی ہیں۔ جن میں سے ایک بالکل سیاہ اور دوسری پر تقریباً ایک ایک انچ چوڑے سیاہ اور سفید ہم مرکز دائرے ہوتے ہیں۔ جب اس آلہ کے ذریعہ معائنہ کرنا چاہیں تو مریض کی پشت کھڑکی کی طرف ہو تاکہ منظار قرنیہ پر روشنی خوب پڑ سکے۔ اب اس آلہ کو چاروں طرف آہستہ آہستہ معمولی حرکت دینے سے قرنیہ کی سطح پر اس کے روشن عکس کا مطالعہ کیا جا سکتا ہے۔ قرنیہ کا درمیانی حصہ بڑی حد تک محدب ہوتا ہے۔ منظار کی قرص کا عکس قرنیہ پر چھوٹا۔ مجازی اور قائم ہوتا ہے۔ اس کے ذریعہ ہم قرنیہ کے وسطی حصہ کی تحدیب کا معائنہ کرنے سے اس کے دونوں قطروں کا اندازہ لگا سکتے ہیں کہ آیا وہ دونوں برابر ہیں یا چھوٹے بڑے۔ (تصویر ۲۰ ملاحظہ ہو)

نظر غیر مستدق کی حالت میں قرنیہ کے وسطی حصہ میں منظار قرنیہ کی تصویر بجائے گول (مدوّر) ہونے کے بیضاوی ہوگی۔ اگر تاریک کمرہ میں ایسے منظار عین کے ذریعہ معائنہ کریں جس کا مرآۃ گول ہونے کے بجائے مربع ہو تو قرنیہ کے وسطی حصہ میں اس کی تصویر بجائے مربع ہونے کے ہشت پہل نظر آئے گی۔

آنکھ میں فلورسین محلول ڈال کر معائنہ کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ مریض سے کہیں کہ وہ اپنے پیروں کی طرف دیکھے اب انگوٹھے سے جفن اعلیٰ کو اوپر کی طرف اٹھالیں۔ ایسا کرنے سے قرنیہ کے اوپر کا ملتحمہ سامنے ظاہر ہو جائے گا۔ اس پر نہایت خفیف مقدار میں فلورسین

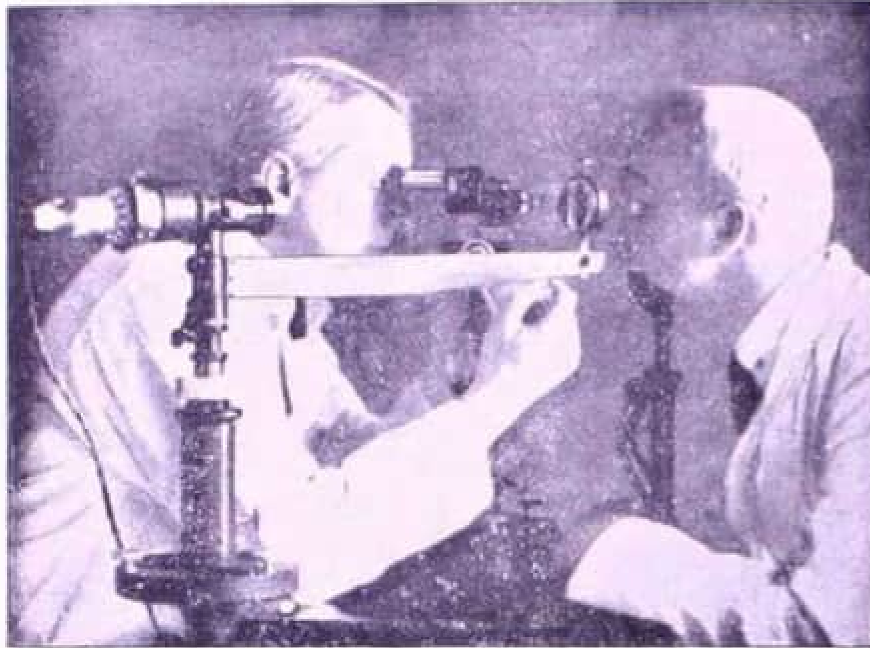
محلول ڈال دیں۔ اور مطہر روئی کی چوڑی گدی یا پیڈ آنکھ پر رکھ کر تھوڑی دیر دبائے رکھیں۔ تاکہ فلورسین کی زیادہ مقدار یا آنسوؤں کے ساتھ مل کر نیچے بہنے والا محلول فلورسین چہرے کو رنگین نہ بنائے۔ تھوڑی دیر کے بعد آنکھ کھول کر قرنیہ کو ملاحظہ کریں۔ جہاں بشرے کے خلیات ضائع ہو چکے ہوں گے وہاں پر قرنیہ کا رنگ سبز ہو گا۔

قرنیہ کی سحابی کیفیت بعض اوقات اس قدر خفیف ہوتی ہے کہ اس کا معائنہ کرنے کے واسطے اور قرنیہ کی گہرائی میں مرضی علامات کو دیکھنے کے لئے ہم کو ذیل کا طریقہ اختیار کرنا پڑتا ہے۔

تاریک کمرہ میں دو فٹ کے فاصلہ پر مریض کے سامنے اور کسی قدر داہیں یا بائیں طرف بجلی کا روشن لیمپ رکھ دیتے ہیں اور اس کی روشنی کو کسی طاقتور عدسے میں سے گذار کر قرنیہ پر اس طرح ڈالتے ہیں کہ عدسے میں سے گذری ہوئی شعاعوں کا مرکز قرنیہ پر پڑتا ہے۔ ایسا کرنے سے قرنیہ کی پوری سطح کا معائنہ بخوبی ہو سکتا ہے۔ اس تیز روشنی کو قرنیہ کی پوری سطح پر ہر جگہ ہم عدسے کو معمولی حرکت دے کر لے جا سکتے ہیں اور قرنیہ کی گہرائی میں مختلف مقامات۔ اس کے مؤخر پرت۔ طبقہ عنبیہ اور عدسہ جلیدیہ وغیرہ کا معائنہ کر سکتے ہیں۔ قرنیہ کی سطح کو اگر مذکورہ طریقہ پر روشن کر کے ایک دوسرے عدسے کی مدد سے روشن مقامات کو دیکھیں تو ہر چیز بڑی دکھائی دے گی اور معائنہ میں آسانی ہو جائے گی۔ اس مقصد کے لئے روشن مقام کے نزدیک دوسرا چھوٹا عدسہ مگر پہلے سے زیادہ طاقت والا (Loupe) رکھ کر اس کے نزدیک آنکھ لے جا کر اس عدسے کے اندر سے روشن مقام کو دیکھیں۔ اگر صاف نہ دکھائی دے تو چھوٹے عدسے کو نزدیک کرتے جائیں یہاں تک کہ طبقہ قرنیہ بڑا اور صاف دکھائی دینے لگے۔ اب جس مقام کا معائنہ مقصود ہو اس کو غور سے دیکھیں۔ اسی طرح پورے قرنیہ کی سطح کا معائنہ آسانی سے کیا جا سکتا ہے۔ تصویر نمبر ۶۹ ملاحظہ ہو۔

مذکورہ بالا طریقہ کے علاوہ صرف ایک بڑے عدسے کی مدد سے بھی قرنیہ کی سطح کو ہم کھڑکی کی روشنی میں دیکھ سکتے ہیں۔ مگر سورج کی روشنی کبھی اس مقصد کے لئے استعمال نہ کی جائے۔ بیان کئے ہوئے دونوں طریقوں سے قرنیہ کی شفافیت کا پتہ چل سکتا ہے۔

بچپن اور جوانی کے زمانہ میں قرنیہ بالکل شفاف ہوتا ہے یعنی اس کے آر پار روشنی کے گذرنے میں کوئی چیز مانع نہیں ہوتی مگر (زمانہ ضعیفی) بڑھاپے میں کسی قدر شفافیت میں کمی آجاتی ہے۔ یہاں تک کہ ساٹھ۔ ستر برس کی عمر میں قرنیہ کے چاروں طرف محیطی حصہ میں یا صرف اوپر۔ اور کبھی صرف نیچے کے محیطی حصہ میں کنارے پر ایک سفید غیر شفاف ہلالی قوس پیدا ہو جاتی ہے۔ جس کو ہم "قوس شیخوخت" (Arcus-Senilis) کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔ مگر یہ قوس کنارے سے ذرا ہٹ کر قائم ہوتی ہے۔ قرنیہ کے کنارے اور اس قوس کے درمیان قرنیہ کا شفاف حصہ ہوتا ہے۔ قوس شیخوخت چونکہ کنارے پر واقع



گلسٹرانڈ لیمپ اور زائس کی خوردبین کے ذریعہ قرنیہ اور اندرون چشم کا معائنہ •



a



b



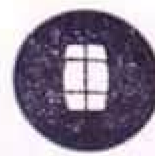
c



d



a,



b,



c,



d,

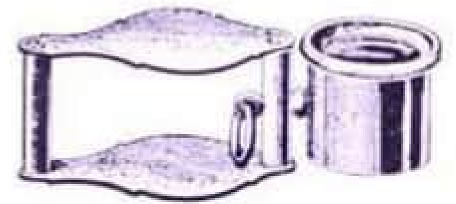
a b c d مقطار قرنیہ کا عکس قرنیہ پر •

a, b, c, d, کھڑکی کا انعکاس قرنیہ پر •

۶۹ (A)

۶۹ (B)

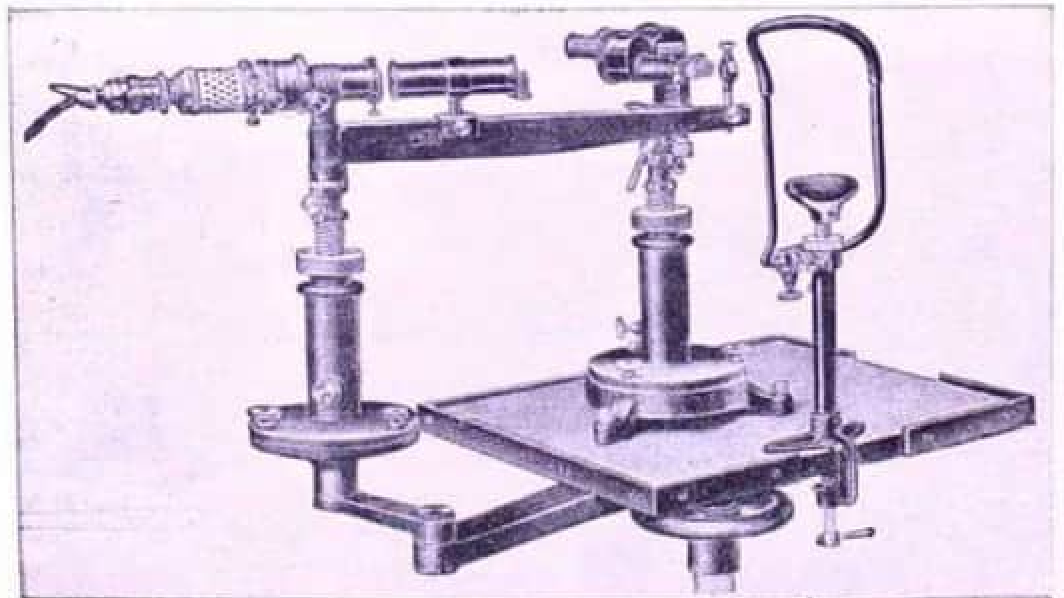




قرنیہ کے معائنہ کرنے کا لوپ

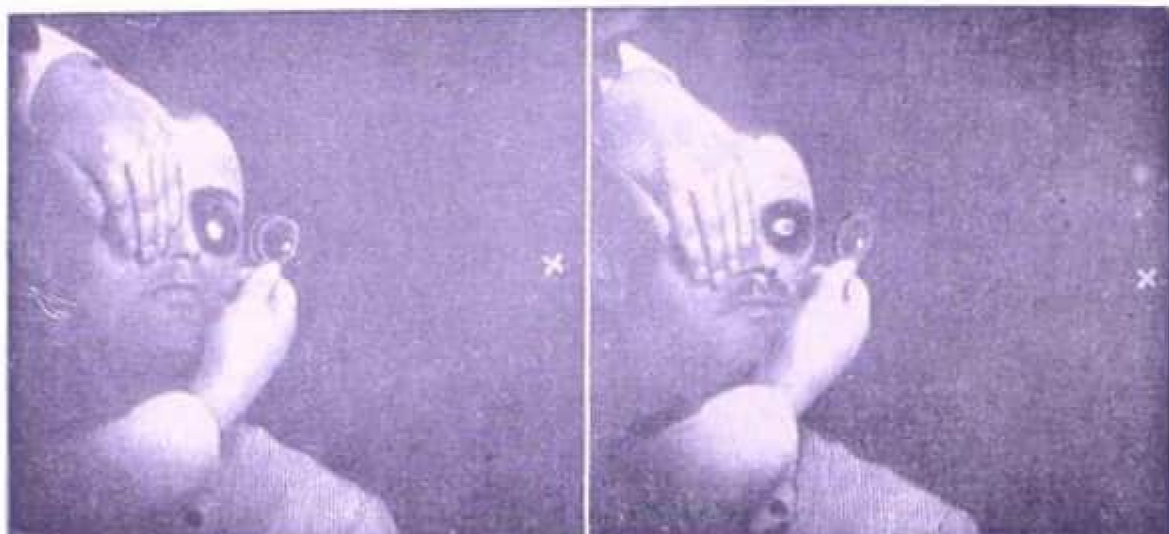
مظہار قرنیہ

۷۰



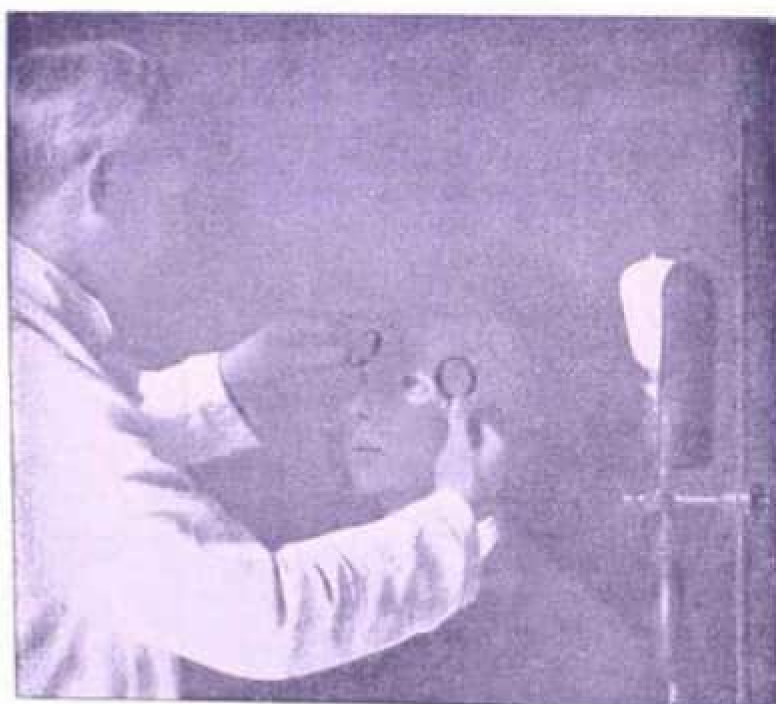
ماھو گلسٹرانڈ کا لیمپ مع قرنوی خوردبین (زائس) •

۷۱



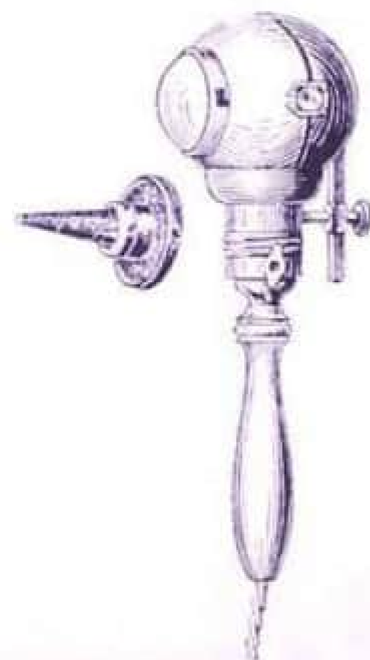
تنویر مرکزی کے ذریعہ معائنہ کرنے کا طریقہ

۷۲



تنویر موربی کے ذریعہ معائنہ کرنے کا طریقہ

۷۳



ماہر زائس کا لیمپ
جس کے ذریعہ آنکھ کے
اندر کا حصہ منور ہوجاتا
ہے اور حدقہ روشن نظر
آتا ہے جس جگہ سلعہ
ہو وہ سیاہ رہتی ہے

ہوتی ہے اس لئے بینائی میں کسی قسم کی رکاوٹ پیدا نہیں ہوتی - ہاں قرنیہ کی کدورت یا عدم شفافیت کا اس وقت ضرور اثر پڑتا ہے جب کہ یہ حدقۃ العین کے مقابل یا اُس کے نزدیک واقع ہو -

کدورت قرنیہ کے متعلق ضروری باتیں ذیل میں درج کی جاتی ہیں - ان سے تشخیص فارقہ میں مدد ملتی ہے -

(۱) کیا یہ سحابی کیفیت تازہ (نئی) ہے یا پُرانی ؟

(۲) کیا قرنیہ کے قرحہ کا نتیجہ ہے ؟

(۳) اگر قرحۂ قرنیہ کا نتیجہ نہیں ہے تو سوال یہ پیدا ہوتا ہے کہ آیا یہ سطحی ہے یا قرنیہ پر ملتحمی بشرہ کے اندر کسی خرابی کی وجہ سے پیدا ہوئی ہے - یا یہ قرنیہ کی نسیجوں میں واقع ہے ؟

(۴) کیا سحابۂ قرنیہ کے اندر عروق ہیں - اگر ہیں تو کس قسم کے ہیں - گہرے ہیں یا سطحی ؟

بہت سی بیماریوں میں قرنیہ کے اندر نئے عروق پیدا ہو جاتے ہیں - معالج کے لئے ضروری ہے کہ وہ ان عروق کے متعلق جانتا ہو کہ آیا وہ سطحی ہیں یا غائر - مقامی ہیں یا منتشر - کنارے پر ہیں یا قرنیہ کے مرکز کے قریب -

سطحی عروق کو گہرے عروق سے ذیل کی باتیں جاننے کے بعد پہچان سکتے ہیں -

(۱) سطحی عروق قرنیہ کے محیط سے قرنیہ کے ملتحمہ میں آتے ہوئے دکھائی دیتے ہیں - مگر گہرے عروق محیط قرنیہ پہ آکر غائب ہو جاتے ہیں -

(۲) سطحی عروق کا رنگ کھلا ہوا سرخ ہوتا ہے - ان کو ہم الگ الگ تمیز کر سکتے ہیں - مگر گہرے عروق کا رنگ خاکستری سُرخ ہوتا ہے ان کی حدود صاف نہیں ہوتیں -

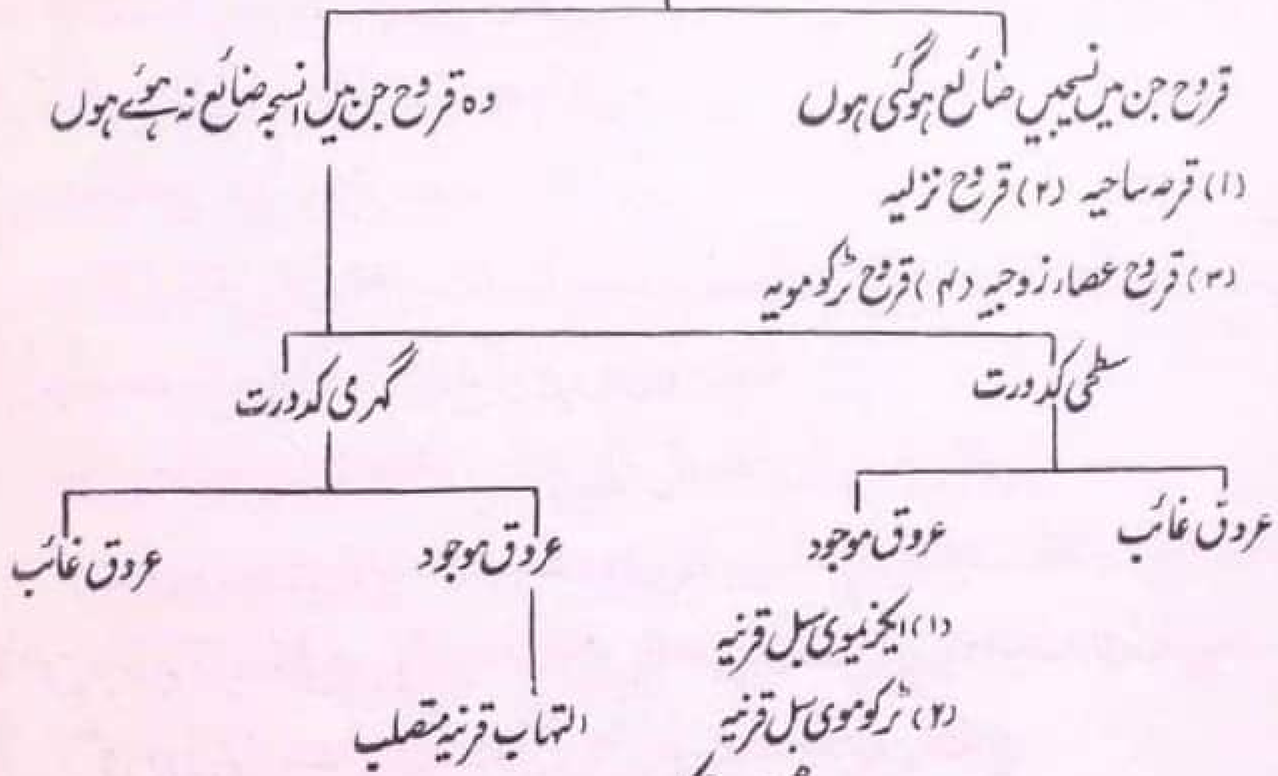
(۳) سطحی عروق کی شاخیں ذی شعبتیں ہوتی ہیں - گہرے عروق ایک دوسرے کے متوازی چلتے ہیں اور ان کے مختلف گروہ شعاعی طور پر پائے جاتے ہیں -

(۴) سطحی عروق کے انبساط سے سطحی بشرہ اوپر کو اٹھ جاتا ہے - یعنی ان کی موجودگی میں قرنیہ کی سطح ناہموار ہوتی ہے - مگر گہرے عروق کی موجودگی میں یہ سطحی ناہمواری بالکل نہیں پائی جاتی - ہاں سطح کسی حد تک کدورت ضرور لئے ہوئے ہوتی ہے -

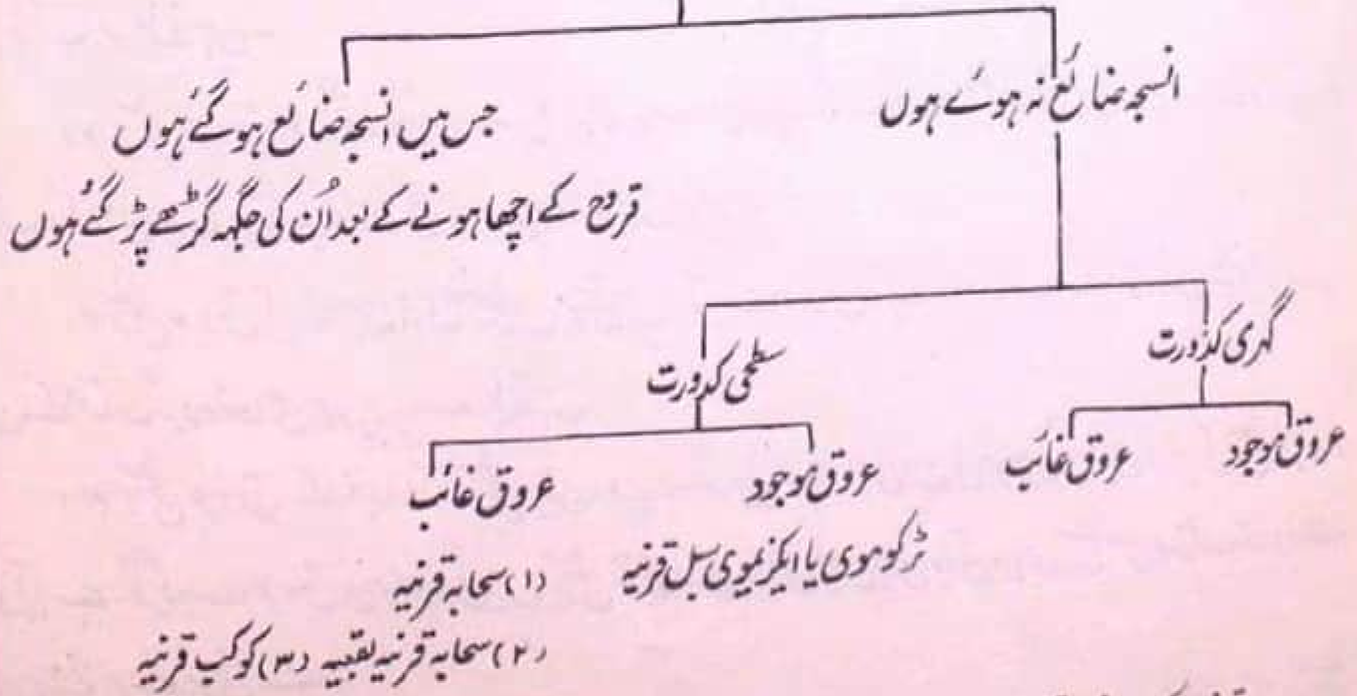
قرنیہ کی سحابی کیفیت اگر تازہ التہاب کی وجہ سے ہو تو احتقان دموی (احتقان ہدبی) قرنیہ کے گرد ضرور ہوتا ہے

لیکن جب یہ سحابی کیفیت پرانے التہاب کا نتیجہ ہو تو احتقان بھی غائب ہوتا ہے۔

تازہ کدورت



پُرانی کدورت



قرنیہ کے دونوں قطروں کا انحنار دریافت کرنے کے لئے "جاوال" کا آلہ استعمال کیا جاتا ہے۔ اس کو ہم آلات کے

کے سلسلہ میں مختصر بیان کریں گے۔

قرنیہ کی ذکاوت حس کو مطہر گیلی روئی کے پتلے گالے کے ذریعہ جس کے سرے کو مطہر ہاتھ کی انگلی اور انگوٹھے کے درمیان مروڑ کر تاگے کی شکل کا بنا لیا گیا ہو۔ اس سے چھو کر معلوم کرتے ہیں یا فلٹر کاغذ کے چھوٹے ٹکڑے سے جس کا ایک سرا پتلا ہو۔ ان چیزوں کو قرنیہ پر لگانے سے طبعی آنکھ بند ہو جاتی ہے اور آنسو نکل آتے ہیں۔ اس عمل سے پہلے قرنیہ سے اجنان کو اٹھالیں۔

عصب جمجمی خامس کے استرخا اور "زرق الماء" (نیلے پانی) کی حالت میں جب کہ تو تر بڑھ جاتا ہے۔ پرانے زخموں کے نشانات پر نیز تازہ زخم جن کے گرد چاروں طرف انصباب پایا جائے۔ ان تمام حالتوں میں قرنیہ کی حس بہت کم ہو جاتی ہے۔ یہاں تک کہ بعض اوقات انگلی کا سرا۔ پروب یا شیشے کی سلائی لگانے سے بھی آنکھ کے اندر انعکاسی حرکت نہیں پیدا ہوتی۔

مقاومت قرنیہ۔ آنکھ میں دو قطرہ کوکین کا محلول ڈالنے کے بعد چند منٹ تک انتظار کریں اس کے بعد قرنیہ کو شیشے کی سلائی سے دبا کر دیکھیں کہ قرنیہ یا متعلقہ عین کے اس حصہ میں کتنی مقاومت پائی جاتی ہے۔ انتفاخ القرنیہ کی حالت میں قرنیہ کے ابھرے ہوئے حصے پر بہت کم دباؤ ڈالنے سے بھی وہ نیچے کو دب جاتا ہے۔

قرنیہ کا معائنہ خوردبین قرنیہ کے ذریعہ آلات کے سلسلہ میں آئے گا۔ (تصویر نمبر ۰، ملاحظہ ہو

خزانۂ مقدم کا معائنہ خزانۂ مقدم کی گہرائی بچپن اور بڑھاپے میں بہت کم ہوتی ہے۔ اس کے علاوہ بقیہ تمام عمر میں اس کی گہرائی ۵ ر ۲ ملی میٹر ہوتی ہے۔ یہ خیال رہے کہ خزانۂ مقدم کی گہرائی کا انحصار طبقۂ عنبیہ کی وضع پر ہے۔ قرنیہ کے شفاف ہونے کی وجہ سے عنبیہ اس کے اندر دکھائی دیتا ہے اور قرنیہ محدب سطح والی کروی نسیج ہے جس میں سے گذرتے ہوئے شعاعیں منعطف ہو جاتی ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ معائنہ میں عنبیہ اور حدقۂ عین ہمیشہ بڑے دکھائی دیتے ہیں۔ اسی طرح خزانۂ مقدم کی تمام چیزیں بڑی معلوم ہوتی ہیں۔ اگر معائنہ کرنے والے کی دونوں آنکھوں کی بینائی درست ہو تو مریض کے سامنے کھڑے ہو کر اپنی بصارت با لعینین (Binocular Vision) سے اس کے خزانۂ مقدم کی گہرائی کا اندازہ لگا سکتا ہے۔ لیکن مریض کے دائیں یا بائیں طرف کھڑے ہو کر بھی خزانۂ مقدم کی گہرائی کا اندازہ لگانا چاہیے تاکہ غلطی کا امکان کم ہو جائے۔

"زرق الماء" میں "خزانۂ مقدم" کی گہرائی بہت کم ہو جاتی ہے۔ عنبیہ و ہدبیہ کے مشترک التہاب میں بھی یہی حالت پائی جاتی ہے۔ فرق صرف اتنا ہے کہ اس میں خزانۂ مقدم کی گہرائی مختلف مقامات پر کم و بیش ہو سکتی ہے یعنی یہ ممکن ہے کہ محیط پر خزانۂ مقدم زیادہ گہرا ہو اور مرکز میں کم یا اس کے برعکس ہو۔

خزانۂ مقدم کی گہرائی دیکھنے کے بعد اس کی رطوبت میں کسی قسم کے اجزاء پائے جائیں تو ان کو بھی غور سے دیکھنا چاہئے مثلاً قرنیہ کے بعض قروح کی حالت میں اور شاذ و نادر قروح کے بغیر بھی خزانۂ مقدم میں ارتشاح صدیدی پایا جاتا ہے جس کی سطح ہموار ہوتی ہے۔ چوٹ لگنے کے بعد خزانۂ مقدم میں خون بھی پایا جاتا ہے اور کبھی کبھی بغیر کسی سبب کے موجود ہوتا ہے۔

بسا اوقات خزانۂ مقدم کی رطوبت مکدر ہوتی ہے اس کے اندر باریک باریک ذرات پائے جاتے ہیں جن کی وجہ سے یہ رطوبت مکدر ہو جاتی ہے۔ اگر قرنیہ میں بھی کدورت پائی جائے تو اس کے معائنہ میں بڑی دقت پیش آتی ہے اگر معائنہ میں کوئی بات مشکوک ہو تو خزانۂ مقدم کو مرکزی طور پر "تنویر موربی" کے ذریعہ دوسرے عدسے کی مدد سے بخوبی دیکھ سکتے ہیں۔ اسی وقت یہ بھی دیکھ لینا چاہئے کہ قرنیہ کی موخر سطح پر رسوب جابجا دھبوں کی شکل میں تو موجود نہیں ہیں یا رطوبت مائی میں چھوٹے چھوٹے سفید گالے تو نہیں پائے جاتے۔ مذکورہ تمام حالتوں کا پہچاننا اور معائنہ کرنا تشخیص و انذار مرض کے لئے نہایت ضروری ہے۔

طبقہ عنبیہ کا معائنہ

سب سے پہلے عنبیہ کے رنگ کو دیکھنا چاہئے اور اس کے خطوط۔ سطحی ترتیب و فراز و صفائی پر غور کرنا چاہئے۔ دونوں آنکھوں کے عنبیہ کا رنگ مختلف ہو سکتا ہے اور ایک ہی آنکھ کے عنبیہ کے مختلف حصوں کے رنگ میں بھی اختلاف ممکن ہے۔

خاکستری رنگ کا عنبیہ جس کے سطحی خطوط پوری طرح صاف اور الگ الگ نہ معلوم ہوں ضمور عنبیہ کی علامت ہوتا ہے جس کی وجہ ممکن ہے کہ التہاب جسم ہدبی یا زرق الماء ہو۔

عنبیہ پر سیاہی مائل بھورے داغ عام طور پر پائے جاتے ہیں مگر یہ متصلہ سطح سے ابھرے ہوئے نہیں ہوتے ان کو سیاہی مائل بھورے عقدی ابھاروں سے شناخت کرنا نہایت ضروری ہے کیوں کہ یہ عقدی ابھار سلعہ لحمیہ خبیثہ (Sarcoma) کی علامت ہوتے ہیں اور تدرن یا اورام ضمغیہ کی وجہ سے بھی ہو سکتے ہیں۔ عنبیہ کے سطحی

خطوط کا غائب ہونا۔ یا ان کا کسی قدر میلا و مکدر ہونا التہابی کیفیت کی دلیل ہے۔ میلے رنگ کا عنبیہ جس کے وسط میں حدقہ عین بے قاعدہ اور تنگ ہو اور اس کی حرکات روشنی کے اثر سے سست ہوں۔ تو ان تمام باتوں کو التہاب عنبیہ کی خاص علامت سمجھنا چاہئے۔

عنبیہ کی وضع کو غور سے دیکھیں۔ اس کی مقدم و موخر سطح کے التصاقات کا معائنہ میں خاص طور پر خیال رکھیں جب عنبیہ کے پیچھے عدسے کا سہارا نہ ہو تو جلد جلد آنکھ کو حرکت دینے سے عنبیہ میں ارتعاش پیدا ہوتا ہے جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ عدسہ یا تو بالکل غائب ہوتا ہے یا سکڑ جاتا ہے یا اپنی جگہ سے ہٹ جاتا ہے۔ آنکھ کو مرکزی طور پر روشن کر کے "تنویر موربی" کے ذریعہ ہم ان سب حالتوں کو اچھی طرح دیکھ سکتے ہیں۔

حدقہ عین ۔ آنکھ کے امتحان میں حدقہ عین کا معائنہ سب سے پہلے کر لینا چاہئے کیوں کہ مکمل امتحان چشم میں ناشر حدقہ دوائیں ضرور ڈالنا پڑتی ہیں لہذا حدقہ عین کا معائنہ کئے بغیر اگر شروع ہی میں ناشر حدقہ دوائیں آنکھ میں ڈال چکے ہوں تو حدقہ کا معائنہ کرنے کے لئے مریض کو دوبارہ بلانا پڑے گا اور اس وقت تک حدقہ کا معائنہ نہ کر سکیں گے جب تک مذکورہ دوا کا اثر آنکھ سے زائل نہ ہو جائے۔

حدقہ عین کے معائنہ میں ہم کو یہ دیکھنا چاہئے کہ حدقہ گول۔ اور طبعی حالت میں ہے یا نہیں اور دونوں آنکھوں میں حدقہ کی حالت یکساں ہے یا کوئی فرق ہے۔ اگر طبعی حالت سے حدقہ زیادہ بڑھا ہوا پایا جائے تو مریض سے دریافت کرنا چاہئے کہ اس کی آنکھ میں کوئی ناشر حدقہ دوا تو نہیں ڈالی گئی۔ دیکھنا چاہئے کہ حدقہ ۔ عنبیہ کے ٹھیک وسط میں واقع ہے یا نہیں۔ بالکل سیاہ ہے یا نہیں۔

حدقہ کے معائنہ کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ مریض کو روشنی میں بٹھاویں مگر روشنی بہت تیز نہ ہو۔ دونوں آنکھوں پر ایک سی روشنی پڑتی ہو۔ اب مریض کی دونوں آنکھوں کو اپنی دونوں ہتھیلیوں سے ڈھانک لیں مگر جہاں تک ہو سکے چہرہ پر ہتھیلیاں لگی نہ رہیں۔ مریض سے کہیں کہ سامنے کی طرف دیکھے اسکے بعد دیگرے ایک ہاتھ کو ایک آنکھ سے اور دوسرے ہاتھ کو دوسری آنکھ پر سے ہٹا کر پتلی کو دیکھیں یہی عمل کئی بار کر کے دونوں آنکھ کے حدقہ عین کے حرکات وغیرہ کا مقابلہ کریں۔ اور نتائج کو نوٹ کر لیں اس طرح کرنے سے حدقہ عین کے انبساط و انقباض کا عمل ظاہر ہوتا ہے اس کو "انعکاس نوری" کہتے ہیں۔

دوسرا طریقہ یہ ہے کہ ایک آنکھ پر سے تھوڑا ہاتھ اس طرح ہٹائیں کہ اس آنکھ میں تیز روشنی داخل ہونے سے رکی ہوئی جائے۔

اور خود اس آنکھ کو اچھی طرح سے دیکھ سکیں۔ اس وقت اس آنکھ کی پتلی کو غور سے دیکھتے رہیں اور دوسری آنکھ پر سے ہاتھ کو ہٹا کر دیکھیں کہ پہلی آنکھ کی پتلی پر کچھ اثر ہوتا ہے یعنی سکڑتی ہے یا نہیں۔ اس کا مطلب یہ ہوا کہ اس طریقہ سے ایک آنکھ پر تھوڑی روشنی ڈالتے ہیں۔ اور اُس وقت اس کی پتلی کے انقباض کو مدنظر رکھتے ہیں۔ پھر دوسری آنکھ پر سے اسی طرح ہاتھ ہٹا کر پہلی آنکھ کی پتلی کو دیکھتے ہیں کہ اور زیادہ سکڑی ہے یا نہیں۔ اس کو شرکی انعکاس نوری Consensual Light Reaction کہتے ہیں۔

اب مریض سے دور کی کسی چیز کی طرف دیکھنے کو کہیں اور اس کی آنکھ سے ۱۶ انچ کے فاصلہ پر اپنی انگلی لا دیں اور مریض سے کہیں کہ وہ اس انگلی کی طرف دیکھے۔ جب وہ دور کی چیز سے نظر ہٹا کر قریب کی انگلی کو دیکھے گا تو اپنی طاقت توفیق کو کام میں لائے گا۔ اور حدقہ عینی سکڑے گا۔

توفیقی رد عمل - مذکورہ عمل کی طرح استدقاقی حالت کے لئے بھی حدقہ عین انعکاسی طور پر سکڑتا ہے اس کا معائنہ بھی ضروری ہے۔

اگر روشنی کے لئے عنبیہ کا رد عمل خفیف ہو۔ اور حدقہ عین تنگ بھی ہو تو تیز روشنی میں معائنہ سے صحیح نتائج پر پہونچنا مشکل ہے۔ کیوں کہ قرنیہ کے سطحی انعکاسات اس میں دقت پیدا کرتے ہیں۔ ایسی صورت میں مریض کو تاریک کمرے کے اندر لے جانا چاہئے۔ اور آنکھ پر عمودی مرکزی تنویر کے ذریعہ روشنی ڈالنی چاہئے۔ اور عدسے کو معمولی طور پر حرکت دینا چاہئے ایسا کرنے سے روشنی کو حدقہ کے اوپر یا اُس سے دور لے جا سکتے ہیں! اور پتلی کی حرکات کا معائنہ آسانی سے کر سکتے ہیں۔

اگر اب بھی حدقۂ عین میں کوئی حرکت نہ ہو تو معلوم ہوگا کہ اس میں روشنی کے خلاف رد عمل نہیں ہے مگر یہ یاد رہے کہ اس طریق معائنہ میں منظار عین کے شیشہ کا استعمال مناسب نہیں ہوتا کیوں کہ مریض اس کی طرف دیکھنے لگتا ہے۔ اور اس کا توفیقی رد عمل بر سر کار ہو جاتا ہے۔ جس کو ہم غلطی سے روشنی کے خلاف رد عمل سمجھتے ہیں۔ اس بات کا بھی خیال رہے کہ روشنی کی وجہ سے پتلی کا انقباض قائم رہتا ہے یا نہیں۔ اگر حدقۂ عین تنگ ہو اور روشنی کے خلاف اس میں رد عمل نہ پایا جائے لیکن توفیقی رد عمل موجود ہو تو ایسے حدقہ کو (Argyle Raburtson Pupil) "حدقہ آرگائل راٹبرسن" کہتے ہیں۔

حدقہ کی یہ حالت دماغی آتشک میں پائی جاتی ہے۔ اوپر ذکر کی ہوئی باتوں پر عمل کرنے سے دونوں آنکھوں

کے حدقہ میں فرق بھی معلوم کر سکتے ہیں۔ اب ہم ذیل میں حدقہ عین کے عام حالات بیان کرتے ہیں۔

(۱) منبسط حدقہ عین جس میں رد عمل غائب ہو یہ آنکھ میں ناشر حدقہ دوا ڈالنے کی وجہ سے ہو سکتا ہے یہ بھی دیکھنے میں آیا ہے کہ مریض کی داہیں آنکھ کی پتلی زیادہ پھیلی ہوئی ہے۔ اور مریض بینائی کے خراب ہونے کی شکایت کرتا ہے۔ دریافت کرنے پر معلوم ہوا کہ مریض اس سے پہلے کوئی مرہم وجع مفاصل کے لئے استعمال کرتا تھا اور وہ مرہم حقیقتاً بلاڈونا کا تھا۔ جس کو وہ داہیں ہاتھ سے مقام ماؤف پر ملتا رہا اور مرہم سے ملوث ہی ہاتھ کی انگلیوں سے اپنی آنکھ کو بھی ملتا رہا۔ جس کی وجہ سے حدقہ عین منبسط ہو گیا۔

یہ بھی ممکن ہے کہ گھر میں کسی دوسرے مریض کے استعمال کی ایسی دوا موجود رہی ہو جس کا اثر حدقہ پر انبساطی ہوتا ہے اور اس کو دوسرے شخص نے استعمال کیا ہو جس کی وجہ سے حدقہ عین پھیل گیا ہو۔ بہر حال ان تمام امکانات کو ہمیں مد نظر رکھنا چاہئے۔

پتلی پھیل جانے کی حالت میں مریض باریک کام کاج کرنے کے قابل نہیں رہتا دوسرے الفاظ میں یہ کہا جاسکتا ہے کہ مریض صرف باریک کام یا پڑھنے کے متعلق بینائی کی شکایت کرتا ہے اور حدقہ عین میں روشنی کے خلاف رد عمل غائب ہوتا ہے۔

ضمور عصب باصرہ پوری طرح نہ ہو تو بھی حدقہ کا رد عمل روشنی کے خلاف غائب ہوتا ہے جس کا اصل سبب زرق الماء ہوتا ہے۔ حاد زرق الماء میں پتلی بہت بڑی ہوتی ہے اور اس میں روشنی کے خلاف رد عمل نہیں پایا جاتا۔ اس کی شکل کسی قدر بیضوی ہو جاتی ہے۔ عمودی قطر۔ افقی قطر سے بڑا ہوتا ہے۔ یہ حالت عام طور پر ایک آنکھ میں پائی جاتی ہے۔ عصب باصرہ کے ماؤف ہونے کی وجہ سے اگر ایک آنکھ اندھی ہو جائے تو ایک طرف کی پتلی بڑی اور دوسری طرف کی چھوٹی ہو جاتی ہے۔ تندرست آنکھ میں شرکی رد عمل بڑھا ہوا پایا جاتا ہے۔ خصوصاً جب کہ تیسرا عصب محرک (III Nerve) صحیح وسالم ہو پتلی اگر روشنی میں طبعی حالت سے زیادہ پھیلی رہے۔ مگر روشنی کے خلاف اس میں کافی رد عمل موجود ہو تو یہ "قصر بصر" کی علامت ہے "فقر الدم" میں جب عصبی قوت حیات میں کسی قدر انحطاط ہو جاتا ہے تو بھی یہ حالت پائی جاسکتی ہے۔ اسی طرح نخاع میں "تصلب منتشرہ" کے ساتھ ضمور عصب باصرہ ہونے کی صورت میں بھی یہ کیفیت پائی جاتی ہے۔ اس مرض میں بینائی کلیۃً بہت کم ضائع ہوتی ہے۔ اوپر کی مذکورہ تینوں

حالتوں میں تشخیص ضروری ہے۔

جسم میں کسی مقام پر درد ہو تو اس صورت میں حدقہ عین انعکاسی طور پر منبسط ہوتا ہے۔ مگر دونوں طرف انبساط پایا جاتا ہے۔ عنقی تثر کی اعصاب کی خراش مثلاً گردن کے ملتہب غدد، التہاب الریہ، تدرن۔ مرض التہاب غشاء الریہ وغیرہ میں بھی حدقہ عین میں انبساط ہو سکتا ہے۔

بعض صورتوں میں عنقی تثر کی اعصاب کے استرخار کی وجہ سے اسی طرف کا حدقہ عین منقبض ہو جاتا ہے۔ ضرب کی وجہ سے بھی حدقہ عین منبسط ہو سکتا ہے مگر اس کے ساتھ روشنی کے خلاف اس میں ردعمل نہ پایا جائے گا۔

بچوں میں بہ نسبت بوڑھوں کے حدقہ عین تنگ ہوتا ہے۔ اگر بچہ روشنی میں کھڑا ہو اور اس کی دونوں آنکھوں کا حدقہ تنگ ہو تو یہ حالت طبعی ہو گی۔ اس حالت میں اس کا جو تعلق قرنیہ کے مرکز سے ہے وہ بآسانی دیکھا جا سکتا ہے طبعی حالت میں حدقہ کا مرکز قرنیہ کے مرکز سے ذرا سا انفی جانب ہوتا ہے۔

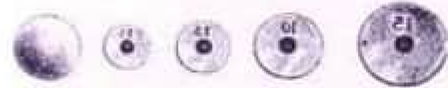
تنگ حدقہ عین جس میں روشنی کے خلاف ردعمل نہ پایا جائے وہ پرانے التہاب عنبیہ کا نتیجہ ہو سکتا ہے اور تازہ التہاب میں بھی پایا جا سکتا ہے۔ اول الذکر کی وجہ وہ التصاقی کیفیت ہے جو موخر عنبی سطح اور مقدم عدسی سطح کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ اس کو صحیح طور پر معلوم کرنے کے واسطے آنکھ میں ایسی دوا ڈالنا چاہئے جو حدقہ کو پھیلانے والی ہو۔ دوا ڈالنے کے بعد دیکھیں کہ حدقہ میں انبساط باقاعدہ ہوتا ہے یا نہیں۔ اگر انبساط باقاعدہ نہ ہو تو سمجھا جائے گا کہ کہیں التصاق موجود ہے اور کہیں نہیں۔ اگر دونوں حدقہ عین فراخ ہوں اور اُن میں روشنی کے خلاف ردعمل بھی نہ پایا جائے تو عموماً مرکزی نظام عصبی کے امراض اس کا سبب ہوا کرتے ہیں۔ تنگ حدقہ عین جس میں روشنی کے خلاف سُستی کے ساتھ ردعمل ظاہر ہو اور اس کے ساتھ عنبیہ کی سطح بھی میلی ہو تو اس کا سبب عنبیہ کا التہاب ہوتا ہے۔ جو خود پہلے شروع ہوتا ہے یا التہاب قرنیہ کی وجہ سے ثانوی طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔

بعض دواؤں مثلاً الیسرین، پیلوکارپین کے ڈالنے سے حدقہ عین تنگ ہو جاتا ہے۔ جن مریضوں کو افیون کھانے کی عادت ہو۔ ان کا حدقہ عین بہت تنگ ہوتا ہے۔ تسمم بولی میں بینائی غائب ہو جاتی ہے۔ مگر روشنی کے خلاف ردعمل پایا جاتا ہے۔

عدسہ جلیدیہ | پہلے بغیر منظار عین کے غور سے عدسہ کا معائنہ کرنا چاہئے۔ معائنہ میں تنویر مرکزی کو کام میں لائیں۔ اس سے

(A) ۷۶





ماہر شیوٹ کا توتر پیما

(B) ۷۶



ماہر شیوٹ کے توتر پیما کے ذریعہ
توتر عین دیکھنے کا طریقہ

اس سے عنبی سوراخ میں سحابی کیفیت بخوبی دیکھی جا سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ سوراخ یا حدقۂ عین بالکل بند ہو۔ اگر ایسا ہو تو اس کا سبب عنبی التہاب کے وقت وہ لیفی انصباب ہوتا ہے جو اس سوراخ میں جم جاتا ہے۔

تنویر موربی کے ذریعہ ہم سحابی مقامات کی وضع وقیام کو دیکھ کر مختلف اقسام کے موتیا بند کا تعین کرتے ہیں (ملاحظہ ہو تصویر نمبر "۲") مگر آخر میں ان جملہ مشاہدات کی تصدیق وتائید منظار عین یا ماہر "زاکس" کے لیمپ کے ذریعہ معائنہ سے کرنی پڑتی ہے۔ (تصویر نمبر ۱، ۲، و ۳، ملاحظہ ہو)

ذیل کی مثال سے معلوم ہوگا کہ صرف ایک طریقہ سے امتحان کرنے پر کس قدر غلطیوں کا امکان ہے۔

اگر کسی جوان شخص کے حدقۂ عین پر تنویر مرکزی کے ذریعہ روشنی ڈالی جائے تو اس کا عدسہ بالکل شفاف دکھائی دیتا ہے گویا بالکل سیاہ یا نیلاہٹ لئے ہوئے ایک گول دائرہ معلوم ہوتا ہے۔ اسی طرح اگر ایک بوڑھے شخص کا عدسہ دیکھیں تو حدقۂ عین کے بالمقابل دودھیا رنگ کا معلوم ہوگا۔ جس سے شک پیدا ہو سکتا ہے کہ اس آنکھ میں موتیا بند کی حالت موجود ہے لیکن جب منظار عین سے اسی آنکھ کا معائنہ کریں تو حدقہ کا بالمقابل حصہ بالکل روشن نظر آئے گا جس کا مطلب یہ ہے کہ عدسہ میں روشنی کو روکنے والی کوئی سحابی کیفیت موجود نہیں ہے۔ یعنی موتیا بند نہیں ہے۔

اس تناقض کی وجہ یہ ہے کہ عمر بڑھنے کے ساتھ ساتھ عدسہ جلیدیہ کے خلقی الیاف کی انعطافی قوت بڑھتی رہتی ہے۔ یا عدسی الیاف مناظری حیثیت سے زیادہ غلیظ ہوتے جاتے ہیں۔ اور مناظریات کا یہ اصول ہے کہ کسی شفاف واسطہ کی انعطافی قوت جس قدر بڑھے گی اسی قدر اس کی سطح سے نور کی شعاعیں زیادہ منعکس ہوں گی۔ بعینہٖ یہی بات بوڑھے اشخاص کے عدسوں میں پائی جاتی ہے۔ جس کی وجہ سے حدقۂ عین میں سے نظر آنے والے عدسہ کا حصہ دودھیا رنگ کا دکھائی دیتا ہے۔

اگر معائنہ کے وقت یہ سفیدی کہیں کہیں دکھائی دے تو ہم موتیا بند کا شک کر سکتے ہیں۔ جب حدقۂ عین کے مرکز میں کوئی نشان عدسے کی سطح پر معلوم ہو تو "قطبی موتیا بند" (Polar Cataract) کا امکان ہے۔ التہابی انصباب کے جمود سے بھی یہاں پر سفیدی پیدا ہو سکتی ہے۔ اگر حدقہ زردی مائل نظر آوے اور آنکھ کے حرکت کرنے پر عنبیہ میں ارتعاش پایا جائے تو اس کا مطلب یہ ہے کہ عدسہ سکڑ گیا ہے اور اس کے اندر موتیا بند کی حالت موجود ہے۔

توتر عینی معلوم کرنے کے طریقے۔ آنکھ کے بیرونی (خارجی) امتحانات میں توتر عین کا معلوم کرنا بہت ضروری

ہے۔ اس کو معلوم کرنے کے دو طریقے ہیں۔

(۱) انگلیوں کے ذریعے جیسا کہ پھوڑے یا خراج کے تموّج کو معلوم کرنے کے لئے انگلیوں سے کام لیا جاتا ہے۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ مریض کے سامنے معالج کھڑا ہو مریض اپنے پاؤں کی طرف دیکھتا ہے۔ اسی حالت میں معالج اُس کی بالائی جبین پر دونوں ہاتھوں کی انگشت شہادت کو رکھے اور بقیہ انگلیوں کو مریض کی پیشانی پر ٹیک دے اس سے یہ فائدہ ہوگا کہ آنکھ پر رکھی ہوئی دونوں انگشت شہادت اپنی اپنی جگہ پر قائم ہو جائینگی اب ایک انگشت شہادت سے آنکھ کو ہلکا سا دبائے رکھیں اور دوسری سے آنکھ کو اندر کی طرف دبانے کی کوشش کریں۔ مگر دباؤ کا رُخ نیچے کو ہو۔ دباؤ ڈالنے کے ساتھ خیال کریں کہ دباؤ ڈالنے کے وقت پہلی اُنگلی کو کچھ محسوس ہوتا ہے یا نہیں۔ ایسا کرنے سے پہلی اُنگلی اوپر کو اٹھتی ہوئی معلوم ہوگی۔ دونوں آنکھوں کے توتر کا معائنہ ایک ہی وقت میں دونوں ہاتھوں سے کر سکتے ہیں (ملاحظہ ہو شکل نمبر ۷۴) اس معائنہ کی مشق تندرست اور طبعی آنکھ پر بہت زیادہ کرنا چاہئے تاکہ طبعی توترعین کا بخوبی علم ہو جائے۔ پھر اس کے بعد طالب علم کو معلوم ہوگا کہ توتر کی زیادتی سے آنکھ میں کتنی سختی بڑھتی ہے۔ زرق الماء کی بیماری میں آنکھ پتھر کی طرح سخت ہو جاتی ہے اس صورت میں توترعین کے معائنہ سے معلوم ہوتا ہے کہ آنکھ میں سوائے سختی کے لچک بالکل نہیں پائی جاتی۔ اس حالت کو ہم T + 3 کے نشان سے ظاہر کرتے ہیں۔ دونوں آنکھوں کے توترعین کا مقابلہ کرنا چاہئے کیونکہ دوسری آنکھ اگر طبعی حالت میں ہو تو بین فرق معلوم ہو جاتا ہے۔ جب آنکھ میں طبعی حالت میں لچک بہت کم ہو تو اس کو ہم T - 1، T - 2، T - 3 وغیرہ سے ظاہر کرتے ہیں۔

(۲) شیوٹ کے مقیاس توترعین سے آنکھ کا توتر معلوم کیا جا سکتا ہے۔ یہ آلہ سیمابی مقیاس توترعین کے مقابلہ میں کم قابل اطمینان ہونے کے باوجود توترعین معلوم کرنے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے۔ کیونکہ سیمابی آلہ کا استعمال انسانی آنکھ میں ناممکن ہے۔ آج کل جتنے آلات اس مقصد کے لئے مستعمل ہیں ان سبھوں میں شیوٹ کا مقیاس توترعین زیادہ بہتر ہے (ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۷۵)

طریقہ استعمال: ایک فیصدی "ہالوکین محلول" کے دو قطرے آنکھ میں ڈالیں۔ مریض کو ایسی میز پر چت لٹائیں جس کے اوپر بجلی کا لیمپ لٹک رہا ہو مگر لیمپ مریض کی آنکھ کے بالمقابل ہو تاکہ اس کی طرف دیکھنے میں قرنیہ کھلی ہوئی آنکھ

کے وسط میں رہے۔ اب اوپر ٹنگے ہوئے روشن لیمپ کی طرف دیکھنے کو مریض سے کہیں اور درست کردہ آلہ کے زیرین مقعر حصہ کو (جو قرنیہ پر پورا پورا منطبق ہوجاتا ہے) مطہر محلول "سپرٹ ریکٹی فائڈ یا کلوروفارم" سے صاف کرلیں اور مطہر کرکے محلول سے دھو کر قرنیہ پر رکھ دیں۔ اس آلہ کے زیریں مقعر حصہ سے لیکر اوپر تک ایک خلا ہوتی ہے جس کے اندر لوہے کی ایک سلائی ہوتی ہے۔ اس سلائی کا زیرین حصہ موٹا ہوتا ہے اور اس کے مقعر حصہ کے وسط میں قرنیہ کے انحناء کے مطابق خفیف سا انحنا پایا جاتا ہے۔ اس کا اوپر کا حصہ پتلا اور نوکدار ہوتا ہے جو اوپر کی طرف کھسکنے کی صورت میں پوائنٹر کے ہلالی حصہ سے جاکر لگتا ہے اور اس کو اوپر یا نیچے حرکت دیتا ہے جس کی وجہ سے پوائنٹر میں داہیں یا بائیں طرف حرکت پیدا ہوتی ہے۔ سلائی کے بالائی پتلے سرے سے کچھ نیچے چند چوڑیاں ہوتی ہیں۔ جن پر مختلف اوزان جن کے ایک جانب چوڑیاں ہوتی ہیں۔ کسے جاسکتے ہیں۔ مگر ان اوزان کے کسنے میں یہ خیال رکھا جاتا ہے کہ ان میں جس طرف چوڑیاں ہیں وہ جانب اوپر کو رہے۔

مقیاس توترعینی کا مقعر حصہ جب قرنیہ پر رکھا جاتا ہے تو وزن کے دباؤ کے مطابق قرنیہ نیچے کو دبتا ہے (قرنیہ کا نیچے کو دبنا خود توترعین کی کمی بیشی پر منحصر ہے) قرنیہ جس قدر زیادہ نیچے کو دبتا ہے اسی قدر پوائنٹر داہنی جانب کے نشانات کی طرف زیادہ کھسکتا ہے۔ پوائنٹر کی حرکت کے مطابق ہم پیمانہ کے نشانات کو پڑھ لیتے ہیں۔ پیمانہ پر بیس نشانات بنے ہوتے ہیں۔ تصویر دیکھنے سے سب باتیں سمجھ میں آجائیں گی۔

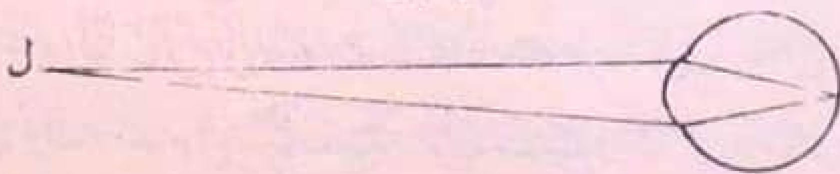
مقیاس توترعین کے استعمال سے نتیجہ اخذ کرنے کے لئے سیمابی مقیاس توترعین کے ذریعہ تیار کردہ نقشہ کو دیکھنے کی ضرورت ہوتی ہے (نقشہ ملاحظہ ہو) اس نقشہ کی تطبیق مذکورہ آلہ کے ساتھ کی گئی ہے۔ اس نقشہ پر چار خمیدہ خطوط ہوتے ہیں۔ جن پر مختلف اوزان کے اعتبار سے ۵ر۵، ۷ر۵، ۱۰، ۱۵ گرام تک نمبر چھپے ہوتے ہیں ماہر شیوٹ نے یہ اوزان قرنیہ کی مقاومت کے لحاظ سے مقرر کئے ہیں عموماً اس وزن کا استعمال صحیح ہوتا ہے جس سے پوائنٹر کی نوک ۲ سے ۴ ملی میٹر تک ہٹے۔ نقشے کے نیچے والے ضلع پر ایک سے بیس تک نشانات بنے ہوتے ہیں۔ ان کی مطابقت ان نشانات سے ہوتی ہے جو شیوٹ کے مقیاس توترعین کے پیمانہ پر بنے ہوتے ہیں۔ مذکورہ نقشہ کے داہیں ضلع پر ۱۰ سے ۸۰ تک نشانات بنے ہوتے ہیں جو توتر کو سیمابی مقیاس توتر کے ملی میٹر درجات میں ظاہر کرتے ہیں۔ قرنیہ پر شیوٹ کا مقیاس توترعین رکھنے کے بعد پیمانے کے جس نشان پر پوائنٹر ہو اس کو نوٹ کرلیں۔ اور اس وزن کو بھی دیکھ لیں جو استعمال کیا گیا ہے۔

اب مقیاس توتر عین کا ہندسہ نقشہ میں دیکھ کر اسی مقام سے ایک خط مستقیم اوپر کی طرف لے جائیں۔ جہاں پر یہ خط مستقیم اس منحنی خط سے تقاطع پیدا کرے جس پر مستعملہ وزن کا نمبر لکھا ہے اسی مقام تقاطع کی سیدھ میں دائیں جانب کا ہندسہ دیکھیں۔ یہی ہندسہ سیمابی مقیاس توتر کے اعتبار سے ملی میٹر میں اس آنکھ کے توتر کو ظاہر کرے گا۔ مثال کے طور پر کہا جاسکتا ہے کہ فرض کیجئے کہ کسی آنکھ کے توتر کو معلوم کرنے کے لئے ۱۰ گرام والا وزن استعمال کیا گیا جس کی وجہ سے پوائنٹر حرکت کرکے ۹ کے نشان پر ٹھیرا تو سیمابی نقشہ کے اعتبار سے ۹ کے نشان سے اوپر کھینچا جانے والا خط مستقیم ۱۰ گرام وزن والے خمیدہ خط سے ایسے مقام پر تقاطع پیدا کرتا ہے جس کی سیدھ میں داہنی طرف ۲۰ کا ہندسہ ہے لہذا نتیجہ یہ نکلا کہ اس آنکھ کا توتر ۲۰ ملی میٹر سیماب کے برابر ہے۔ تطبیق کے لئے سیمابی نقشہ کو ملاحظہ فرمائیں۔

منظار العین کے ذریعہ آنکھ کا معائنہ
Ophthalmoscopic Examination

آنکھ کے اندرونی حصے جو "عدسہ" کے پیچھے واقع ہیں۔ ان کو منظار العین کی مدد کے بغیر بالکل نہیں دیکھ سکتے۔ اس کی وجہ آنکھ کے مناظریات کے مطالعہ سے معلوم ہوگی۔ معمولی حالات میں "حدقہ عین" سیاہ دکھائی دیتا ہے اور توعینی کے سرخ انعکاس کو ہم نہیں دیکھ سکتے۔ مگر جب آنکھ کے سامنے ایک نوری مرکز قائم کیا جائے اور آنکھ اس کی طرف دیکھتی رہے تو (جیسا ہم پہلے بیان کرچکے ہیں کہ نوری مرکز کی شبیہ شبکیہ پر بنتی ہے۔ شبیہ اور باہر والا نوری مرکز دونوں آپس میں زوجی ماسکہ کہلاتے ہیں)، نوری مرکز کی شبیہ ایک روشن نقطہ کی صورت میں شبکیہ پر بنے گی۔ دوسرے الفاظ میں اس کا مطلب یہ ہے کہ اگر "شبکیہ" پر کے روشن نقطہ کو ہم نوری مرکز فرض کرلیں تو اس سے نور کی شعاعیں چل کر آنکھ کے سامنے نوری مرکز پر مجتمع ہوں گی۔ اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ معائنہ کرنے والی آنکھ میں ان شعاعوں میں سے کوئی شعاع بھی اس وقت تک داخل نہ ہوگی۔ جب تک یہ آنکھ اسی مرکز کے مقام پر نہ ہو۔

تصویر نمبر ۷۷



اس اہم مسئلہ کو "بابج" نے ۱۸۴۸ء میں حل کیا اور اس کے بعد ماہر ہیلم ہولٹز "نے منظار العین کو ایجاد کرکے معائنہ کرنے والے کی آنکھ اور نوری مرکز ہر دو کے مقام کو یکجا کردیا۔



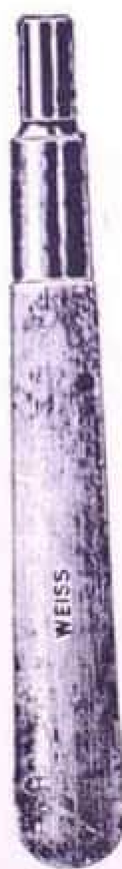
ا



ب

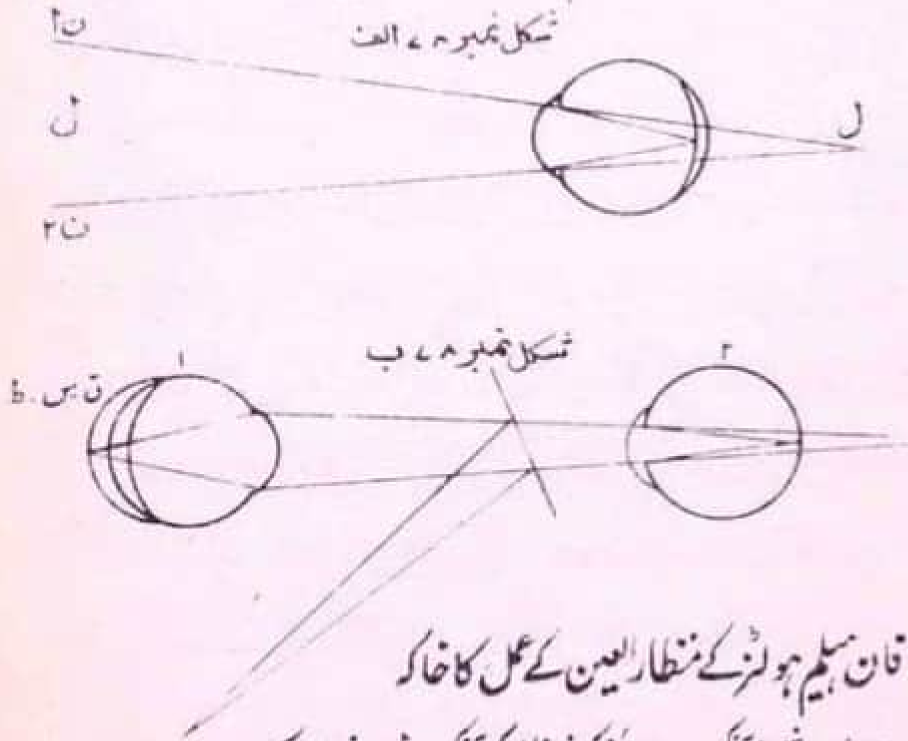
ج





مارٹن کا مقطار العین

جس آنکھ کا معائنہ مقصود ہو اگر وہ نوری مرکز کی طرف نہ دیکھ رہی ہو تو حالات مختلف ہو جاتے ہیں۔ اور حدقہ کسی حد تک روشن نظر آسکتا ہے۔ طول بصر والے بچوں۔ گوشت خور جانوروں۔ اور طول بصر والے مریضوں کی آنکھیں بلی کی آنکھ کی طرح روشن نظر آتی ہیں۔ اپنے طبعی مقام سے "شبکیہ" کا اکھڑنا بھی اس کا باعث ہو سکتا ہے اور شبکیہ کے اندر "سلعہ خبیثہ" کے پیدا ہونے سے بھی ایسی حالت ہو سکتی ہے۔ کیوں کہ ان صورتوں میں طبقہ شبکیہ آگے کو آجاتا ہے جس کی وجہ سے ان مقامات پر قصر عینی میں طول بصر کی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ لہذا حدقہ کا روشن ہونا اس امر کی پہلی علامت ہو سکتی ہے۔



فان ہیلم ہولٹز کے منظار العین کے عمل کا خاکہ

(۱) زیر مشاہدہ آنکھ (۲) معائنہ کرنے والے کی آنکھ ۔ ل ۔ نوری مرکز

ق ۔ س ۔ ط ۔ قصر بصر والی آنکھ طبعی انعطاف والی آنکھ اور طول بصر والی آنکھ میں طبقہ شبکیہ کا نسبتی مقام دکھایا گیا ہے۔

اس تصویر میں شبکیہ کے روشن ہونے والے مختلف رقبہ جات دکھائے گئے ہیں۔

اسی اصول کے مطابق ہم قصر عینی کے اس انعکاس کو بھی سمجھ سکتے ہیں جو اخراج عدسہ کے بعد نظر آتا ہے۔ طول بصر والی آنکھ میں نوری مرکز کی شبیہ شبکیہ کے پیچھے بنتی ہے۔ جس کو ہم "ل" کہہ سکتے ہیں۔

دوسرے الفاظ میں ہم اس کو یوں بیان کر سکتے ہیں کہ "شبکیہ" کے روشن مقام سے جو شعاعیں آنکھ سے باہر نکلتی ہیں وہ منتشر ہوتی ہیں اور مقام "ل" سے آتی ہوئی معلوم ہوتی ہیں۔ لہذا معائنہ کرنے والی آنکھ جب (ن ۔ ن) کے رقبہ کے درمیان ہوگی تو اس کے اندر یہ شعاعیں داخل ہوں گی اور زیر معائنہ آنکھ خفیف طور پر روشن نظر آئے گی۔ اسی لئے یہ ضروری ہے کہ معائنہ کرنے والی آنکھ ٹھیک نوری مرکز پر یا اس کے قرب و جوار میں کسی مقام پر ہو۔ مذکورہ طریقہ پر شبکیہ کے سلعہ کی صورت میں، اپنے طبعی مقام سے اکھڑے ہوئے "شبکیہ" میں طول بصر کی شدید

حالت پائی جاتی ہے جس کو ہم تنویر مرکزی (Focal illumination) سے دیکھ سکتے ہیں۔

شدید "قصر بصر" والی آنکھ میں آنکھ سے نکلنے والی شعاعیں پہلے استدقاقی اور آنکھ کے نقطہ بعیدہ پر مجتمع ہونے کے بعد "متسع" ہوجاتی ہیں۔ لہٰذا اگر معائنہ کرنے والی آنکھ اس مقام سے پرے مناسب جگہ پر ہو تو اس کے اندر ان شعاعوں میں سے بعض شعاعیں داخل ہوسکتی ہیں۔ اور زیر معائنہ آنکھ روشن نظر آسکتی ہے۔ غیر طبعی حالت کے بھورے رنگ والے اشخاص کی آنکھ اس لئے روشن نظر آتی ہے کہ اُن کی آنکھوں میں روشنی صرف حدقۂ عینیہ سے نہیں بلکہ عنبیہ اور صلبیہ سے بھی داخل ہوتی ہے۔ طبعی حالت میں صلبیہ کے اندر سے آنکھ میں نہایت خفیف روشنی داخل ہوا کرتی ہے۔

اس موقع پر اگر ہم منظار العین کی مختصر تاریخ بیان کردیں، تو اس کے استعمال کے اصول کو سمجھنے میں آسانی ہوگی۔ منظار العین کے فوائد اور اُن کی اہمیت کا صحیح اندازہ فان ہیلم ہولٹز کے زمانہ یعنی ۱۸۵۱ء میں ہوا۔ فان ہیلم ہولٹز کا منظار العین صرف شیشے کی ایک تختی پر مشتمل تھا جس کے استعمال کا طریقہ یہ تھا کہ زیر معائنہ آنکھ کے نزدیک روشنی رکھی جاتی تھی اور معائنہ کرنے والی آنکھ کے سامنے شیشے کی اس تختی کو ٹیڑھا کرکے اس طرح رکھتے تھے کہ کچھ روشنی اس سے منعکس ہوکر زیر معائنہ آنکھ پر پڑے۔ اس شفاف تختی میں سے معائنہ کرنے پر معائنہ کرنے والے کی آنکھ میں زیر معائنہ آنکھ سے واپس ہونے والی کچھ شعاعیں داخل ہوتی تھیں جس سے معائنہ کرنے والے کو "قعر عینی" روشن نظر آتا تھا۔ مگر چونکہ شیشے کی تختی سے بہت کم شعاعیں منعکس ہوکر زیر معائنہ آنکھ میں داخل ہوتی تھیں اس لئے "قعر عینی" بہت معمولی طور پر روشن ہوتا تھا۔ بہر حال اس سے اتنا ضرور معلوم ہوگیا کہ باہر سے منعکسہ شعاعوں کو اس طریقہ پر آنکھ میں داخل کرنے سے ہم "قعر عینی" کو روشن کرسکتے ہیں۔ مگر ضروری ہے کہ زیر معائنہ آنکھ کی انعطافی طاقت کی خرابی کے درست کرنے والے عدسے کو بطور انعکاسی تختی کے استعمال کیا جائے، ایسا کرنے سے انعطافی طاقت کی خرابی والی آنکھ کا معائنہ بھی ممکن ہے۔

فان ہیلم ہولٹز نے ایک تختی کے بجائے نیچے اوپر تین تختیاں رکھ کر منعکسہ روشنی کی مقدار کو بڑھالیا اور کچھ دنوں کے بعد ہی شیشے کی تختی کو مراۃ بناکر انعکاس شعاع کے لئے اور بھی زیادہ طاقتور کرلیا گیا۔ اور اس کے درمیان میں تھوڑا سا حصہ صرف شیشے کی صورت میں رہنے دیا گیا مگر اس

کے باوجود قعر عینی بہت معمولی طور پر روشن ہوا کیونکہ "سطح مراۃ" سے شعاع نور کی بہت کم مقدار منعکس ہو کر آنکھ میں داخل ہوتی ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ "سطح مراۃ" سے منعکس ہونے والی شعاعیں منتشر ہو جاتی ہیں۔ اسی لئے "روہتے" نے ۱۸۵۲ء میں "مقعر مراۃ" ایجاد کیا اور اس کے وسط میں ایک چھوٹا سا سوراخ بھی بنایا۔ اس کے بعد ماہر "مارٹن" نے ایک ایسا حلقہ مراۃ کے پیچھے لگایا کہ جس کے ذریعہ سوراخ کے سامنے ہر ایک قسم کے مثبت اور منفی عدسے لا جا سکتے ہیں۔ چنانچہ رائج الوقت مختلف اقسام کے منظار العین اسی اصول کا عملی جامہ ہیں مگر آجکل سب سے زیادہ مقبول منظار العین "مارٹن" کا ہے۔ اب ہم منظار العین کے استعمال کے طریقے بیان کرتے ہیں منظار العین کے استعمال کے دو طریقے ہیں۔

(۱) بلاواسطہ (۲) بالواسطہ

منظار العین میں دو "مقعر مراۃ" ہوتے ہیں۔ ایک بڑا سیدھا اور دوسرا چھوٹا اور ترچھا لگا ہوتا ہے۔ بڑا مراۃ بالواسطہ امتحان کے لئے استعمال کیا جاتا ہے اور چھوٹا بلاواسطہ امتحان کے واسطے بڑے مراۃ کا طول ماسکہ ۱۰ سنٹی میٹر اور چھوٹے مراۃ کا ۴ سنٹی میٹر ہوتا ہے۔ اگر منظار العین میں ان دونوں مقعر مراۃ کے ساتھ مسطح مراۃ بھی ہوں تو اور بھی زیادہ بہتر ہے۔ سطح مراۃ قعر عینی کی انعطافی طاقت کو معلوم کرنے میں بڑی مدد دیتا ہے۔ منظار العین کے ذریعہ معائنہ میں ترتیب و تنظیم کا خیال بہت ضروری ہے اس میں مہارت اسی وقت حاصل ہوتی ہے جب کہ انسان خود اپنے ہاتھوں سے اس کو کرے۔

امتحان کی ترتیب حسب ذیل ہونی چاہئے۔

(۱) **ابتدائی امتحان**۔ مریض سے ایک میٹر کے فاصلہ پر بیٹھ کر صرف مراۃ کے ذریعہ معائنہ کیا جائے۔

(۲) **معائنہ بلاواسطہ فصلی** ۔ مریض سے ۲۰ سنٹی میٹر کے فاصلہ پر بیٹھ کر صرف مراۃ کے ذریعہ کیا جاتا ہے

(۳) معائنہ بالواسطہ

(۴) معائنہ بلاواسطہ

ذیل کی توضیحات سے مذکورہ طریقۂ امتحانات کا فائدہ معلوم ہو جائے گا۔

طریقہ نمبر ۱۔ سے ہم آنکھ کی انعطافی طاقت کا اندازہ کرتے ہیں۔ اور اس کے ذریعہ بہت سی اُن غلطیوں

سے محفوظ رہتے ہیں جو نزدیک سے امتحان کرنے پر سرزد ہوسکتی ہیں۔

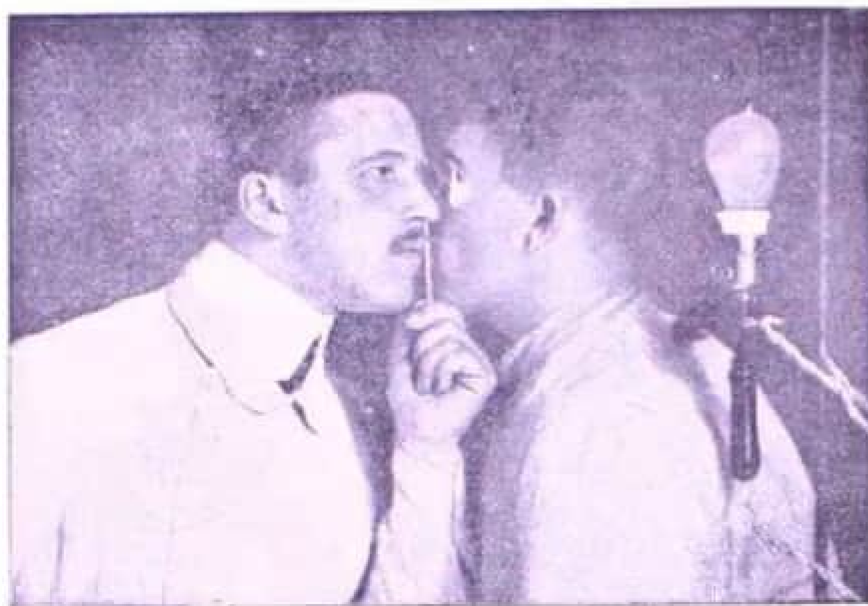
طریقہ نمبر ۲ سے ہم کو شفاف واسطوں کے اندر بڑی تبدیلیاں خصوصاً سحابی حالت کا پتہ چلتا ہے جو اس طریقہ سے معائنہ کرنے پر فوراً عیاں ہو جاتی ہے۔

طریقہ نمبر ۳ وہ ہے ہم اس کے فیصلہ میں مشتبہ رہتے ہیں۔ اگر آنکھ میں کسی مقام پر طول بصر کی کیفیت موجود ہو تو اس کا پتہ بھی چل جاتا ہے جیسا کہ اپنے طبعی مقام سے "شبکیہ" کا اکھڑا ہوا ہونا یا اس کے اندر سلعہ کی موجودگی سے اس کا اوپر کو اٹھ آنا معلوم ہو جاتا ہے۔

بالواسطہ معائنہ میں تعرعینی کا عمومی منظر نظر آتا ہے اور اسی کے ذریعہ ہم کسی حد تک تعرعینی کو بڑا کرکے دیکھ سکتے ہیں۔ گویا کہ یہ امتحان ہلکی طاقت والے خوردبینی عدسے کے امتحان کا ہم پلہ ہے اور بلاواسطہ طریقہ سے تعرعینی کو دیکھنا گویا بڑی طاقت والی خوردبین کے ذریعہ اس کے معائنہ کرنے کا مترادف ہو۔

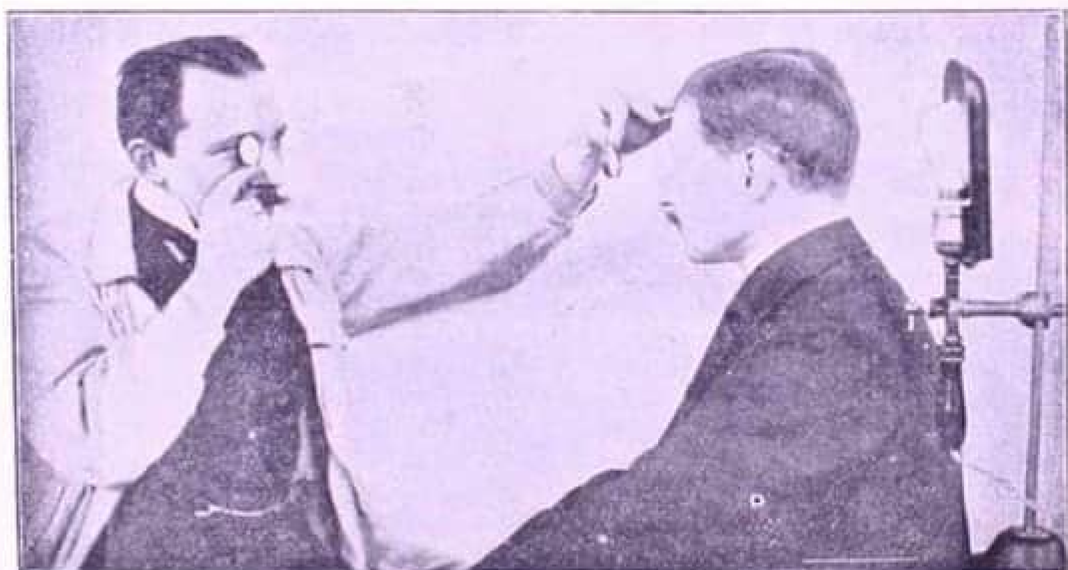
طلباء کو چاہیے کہ یہ امتحان کسی ایسے بچے سے شروع کریں جو ہسپتال میں چشمے کے لئے آیا ہو۔ اس کے "حدقہ عین" کو پہلے "ایٹروپین" ڈال کر منبسط کرلیں پھر اندھیرے کمرے میں لے جاکر معائنہ کریں "انبساط حدقہ" کے علاوہ "ایٹروپین" کا دوسرا فائدہ یہ ہے کہ اس کے اثر سے "عضلہ ہدبی" مسترخی ہو جاتا ہے پھر طاقت توفیق کام نہیں کرتی معائنہ کرنے والے کو خود اپنی آنکھ کی طبعی حالت یا انعطافی خرابی کا علم ہونا چاہیئے۔ تاکہ استنباط نتائج میں وہ اس کا خیال رکھے۔ مریض کو اندھیرے کمرے میں روشنی کے پاس بٹھادیا جائے۔ روشنی مریض کے اس طرف ہونا چاہیئے جدھر کی آنکھ کا معائنہ مقصود ہو مگر روشنی کو مریض کے چہرے کے ایک طرف کافی پیچھے رکھیں اور جہاں تک ممکن ہو زیر معائنہ آنکھ پر اندھیرا رہے۔ معائنہ کرنے والا مریض کے سامنے ایک میٹر کے فاصلہ پر بیٹھ کر منظار العین کے بڑے "مقعر مراۃ" کے ذریعہ مریض کی آنکھ کے اندر روشنی ڈالے اور منظار العین کے سوراخ میں سے اس کو دیکھتا رہے۔ اس کام میں مشق اور مہارت کی ضرورت ہوتی ہے۔ مگر طلبا بہت جلد یہ ملکہ پیدا کرسکتے ہیں۔ جب روشنی آنکھ پر پڑتی ہے تو "حدقہ عین" روشن ہو جاتا ہے۔ طبعی حالت میں روشن رقبہ کے اندر کسی مقام پر سیاہ دھبے نہیں پائے جاتے۔ مذکورہ طریقہ سے معائنہ کرنے پر یا تو حدقہ کا رنگ سرخ نظر آنے لگا یا تعرعینی کے حدقی روشن حصے میں غیر صاف تفصیلات نظر آئیں گی۔ اب اگر معائنہ کرنے والا مراۃ کو

۷۹



منظار العین کے ذریعہ بلا واسطہ معائنہ چشم

۸۰



منظار العین کے ذریعہ بالواسطہ معائنہ چشم

دائیں بائیں اور اوپر نیچے کو ٹیڑھا کرے تو معائنہ کرنے والے کو زیر معائنہ آنکھ کی انعطافی طاقت کا کسی حد تک علم ہو جاتا ہے۔

اب معائنہ کرنے والے کو چاہیے کہ کھڑا ہو کر مریض کے نزدیک آجائے یہاں تک کہ اس کی آنکھ مریض کی آنکھ سے ۹ انچ کے فاصلہ پر ہو۔ اس مقام پر "مراۃ" کے سوراخ میں سے وہ قرنیہ کو دیکھ سکتا ہے اور "عنبیہ" بھی بخوبی نظر آتا ہے۔ خارجی امتحان سے اگر اس نے کچھ نتیجہ اخذ کیا تھا تو اس کو از سر نو دوبارہ دیکھ کر پہلے معائنہ کے نتائج سے تطبیق دے لے۔

اس کے بعد معائنہ کرنے والا مریض سے ایک میٹر کے فاصلہ پر بیٹھ جائے اور مریض کی آنکھ پر بڑے "مقعر مراۃ" سے روشنی ڈالے ۱۳ بصریہ طاقت والا محدب عدسہ بائیں ہاتھ میں لے کر مریض کی آنکھ کے سامنے رکھے مگر عدسہ عمودی نہیں، ذرا ترچھی وضع میں ہو۔ پہلے تو معائنہ کرنے والے کو صرف "عنبیہ" محدب عدسہ کے ذریعہ بڑا دکھائی دے گا۔ مگر جب وہ عدسہ کے اندر سے روشن حدقہ کو بغور دیکھے گا اور "عدسہ" کو آنکھ سے اپنی طرف آہستہ آہستہ ہٹائے گا تو ایک خاص مقام پر نہایت صاف مگر الٹا نقشہ "قعر عینی" کا نظر آئے گا۔ اس طریقہ کے لئے بھی مہارت کی ضرورت ہے مگر جب معائنہ کرنے والا مناظریات کے اصول بخوبی جانتا ہو تو اس کو اس طریقہ کے سمجھنے اور اس پر عبور حاصل کرنے میں بہت تھوڑا وقت لگتا ہے۔

معائنہ کرنے والا ایک مرتبہ پھر مریض کے نزدیک آجائے۔ اس وقت معائنہ کے لئے اس کو چھوٹا۔ ترچھا مقعر مراۃ استعمال کرنا چاہیے۔ مراۃ اس طرح ترچھا ہو کر روشنی کی طرف جھکا ہے۔ معائنہ کرنے والے کو چاہیے کہ اس کے سوراخ میں سے پہلے آنکھ کو دیکھے اور اس پر روشنی ڈالے جس کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ ذرا ہٹ کر مریض کی آنکھ پر مراۃ کی روشنی ڈالے اور سوراخ سے دیکھتے ہوئے مریض کی آنکھ کے نزدیک آتا جائے مگر اس امر کا خیال رکھے کہ روشنی مریض کے حدقۂ عین سے ہٹ نہ جائے۔ معائنہ کرنے والے کو مریض کے اس قدر نزدیک آجانا چاہیے کہ دونوں بھویں ایک دوسرے کے بہت ہی نزدیک ہو جائیں۔

مریض اور معائنہ کرنے والے دونوں کی آنکھیں طبعی حالت میں ہوں یعنی ان میں کوئی انعطافی خرابی نہ ہو تو بھی ناتجربہ کار شخص کو قعر عینی مدھم اور غیر صاف دکھائی دے گا۔ ایسی حالت میں معائنہ کرنے والے کو چاہیے کہ منظار العین کو اپنی جگہ پر قائم رکھتے ہوئے انگشت شہادت سے منظار العین کے نیچے والے نشان دار حلقہ کو اس طرح گھماتا جائے

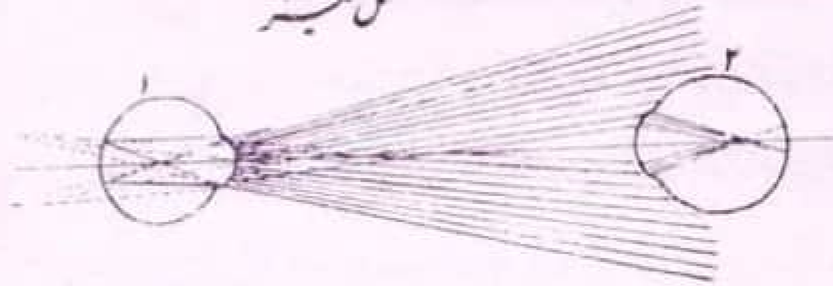
کہ یکے بعد دیگرے مختلف طاقت کے "مقعر عدسے" سوراخ کے سامنے آتے جائیں۔ ایسا کرنے سے ایک وقت ایسا آئے گا کہ قعر عینی کی تفصیل بالکل صاف طریقہ پر دکھائی دے گی۔ اس صورت میں بالواسطہ طریق معائنہ کے خلاف قعر عینی کی تصویر سیدھی ہوگی۔ اب ہم اُن باتوں کو بیان کرتے ہیں جن کا جاننا معائنہ کے ہر درجہ میں ضروری ہے۔

(۱) ابتدائی معائنہ مقعر مرآۃ کے ذریعہ ایک میٹر کے فاصلہ سے کیا جائے۔ اس معائنہ میں معائنہ کرنے والے کی بصارت طبعی فرض کی جاتی ہے خواہ وہ تو طبعی بصارت رکھتا ہو یا اپنی آنکھ کی انعطافی خرابی کو عینک کے ذریعہ ٹھیک کر چکا ہو۔ اور زیر معائنہ آنکھ کی طاقت توفیق زائل کر دی گئی ہو۔ دائیں آنکھ کے دیکھنے کے واسطے مریض سے کہا جائے کہ وہ معائنہ کرنے والے کی چھوٹی انگلی (چھنگلیا) کو دیکھتا رہے یہ انگلی منظار العین پکڑنے والے ہاتھ کی ہوتی ہے جو معائنہ کرتے وقت اٹھا دی جاتی ہے۔ بائیں آنکھ کا معائنہ کرتے وقت مریض کو معائنہ کرنے والے کے بائیں کان کی طرف دیکھنے کی تاکید کی جائے۔ ایسا کرنے سے "قرص بصری" جو کہ آنکھ کے "موخر قطب" سے ذرا انفی جانب واقع ہوتی ہے۔ معائنہ کرنے والے کی آنکھ کے بالکل سامنے آجاتی ہے جب "قرص بصری" "حدقہ عین" کے مقابل آجاتی ہے تو "قعری انعکاس" ایک میٹر کے فاصلہ پر بجائے سرخ کے سفیدی مائل یا کم سرخ نظر آتا ہے۔ اگر آنکھ میں بہت زیادہ "طول بصر" لاحق ہو یا بہت زیادہ "قصر بصر" موجود ہو تو ہم کو کسی حد تک قعر عینی کی تفصیل نظر آئے گی یعنی "قعری انعکاس" کے اندر کچھ عروق دکھائی دیں گے۔ اس کو سمجھنا کچھ مشکل امر نہیں ہے۔ اس وقت سب سے پہلے ہم طول بصر والی آنکھ کے متعلق بیان کرتے ہیں۔

اگر ہم "طبقہ شبکیہ" پر دو منور نقطے فرض کریں مثلاً "قرص بصری" کے دونوں کناروں پر دو روشن نقطے ہوں تو ان سے جو نور کی شعاعیں باہر نکلیں گی وہ متسع ہوں گی اور ایسا معلوم ہوگا کہ وہ شبکیہ کے پیچھے دو بعیدہ نقطوں سے آرہی ہیں۔ جس قدر آنکھ کا فاصلہ بڑھتا جائے گا اسی قدر یہ شعاعیں زیادہ متسع ہوتی جائیں گی معائنہ کرنے والے کی آنکھ میں ایک میٹر کے فاصلہ پر ان دونوں نقطوں سے چلنے والی شعاعیں داخل ہونگی مگر معائنہ کرنے والا اگر چاہے تو اپنی طاقت توفیق سے تھوڑا کام لے کر ان شعاعوں کو "شبکیہ" پر ایک مرکز پر جمع کر سکتا ہے۔ اور اس طرح وہ ہر نقطہ کی صاف شبیہ دیکھ سکتا ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ جب ان دونوں نقطوں کی

صحیح اور صاف شبیہ اس کے شبکیہ پر بنے گی تو بقیہ قرص بصری کی شبیہ بھی صاف ہو گی۔

اب معائنہ کرنے والا ذرا ایک طرف کو ہٹ جائے اور زیر معائنہ آنکھ اپنی جگہہ پر قائم رہے تو مقابل کے نقطہ سے زیادہ شعاعیں اور اس نقطے سے جو اسی طرف ہے، جدھر حرکت کی ہے کم شعاعیں آنکھ کے اندر داخل ہونگی اور اپنی جگہہ پر ان نقطوں کے قائم رہنے کے باوجود "قعر عینی" کا بالمقابل



مرأۃ کے ذریعہ معائنہ جب کہ معائنہ کرنے والے کا فاصلہ مریض سے ایک میٹر ہو۔

(۱) زیر مشاہدہ آنکھ جس میں طول بصر ہے

(۲) معائنہ کرنے والے کی آنکھ جس کی انعطافی طاقت طبعی ہو۔ مگر نمبر ا سے آتی ہوئی متسع شعاعوں کے لئے طاقت توفیق اس میں بر سر کار ہے

حصہ زیادہ دکھائی دے گا اور جس طرف حرکت کی ہے قعر عینی کا اس طرف کا حصہ کم نظر آئے گا۔ نیز یہ نقاط اسی طرف کو حرکت کریں گے جس طرف کو معائنہ کرنے والا یا "منظار العین" کا مقعر مرأۃ حرکت کرتا ہے

معائنہ کرنے والا اپنے خیال میں "حدقہ عین" کو مقابلہ کے لئے ایک قائم شے سمجھتا ہے اور جب مقابل کی طرف کا قعر عینی سامنے کو زیادہ نظر آتا ہے اور دوسری طرف کا اتنا ہی حصہ غائب ہو جاتا ہے تو معائنہ کرنے والے شخص کو روشنی کی حرکت اپنی حرکت کے مطابق نظر آتی ہے۔

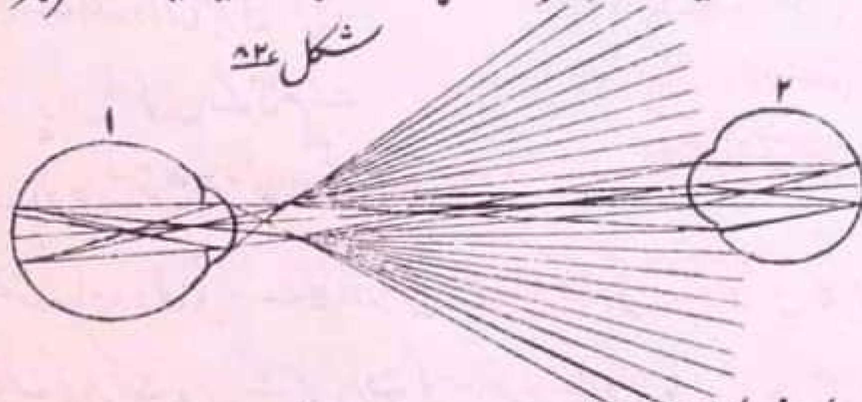
اگر ایک میٹر کے فاصلے سے معائنہ کرنے پر "حدقہ عین" کے اندر عروق نظر آویں اور کسی جانب ہمارے سر کی حرکت ہونے سے اسی طرف کو عروق بھی متحرک معلوم ہوں تو نتیجہ اخذ کیا جاتا ہے کہ آنکھ میں "طول بصر" موجود ہے۔

اب ہم "قصر بصر" والی آنکھ کو لیتے ہیں۔ اس آنکھ کے اندر فرضی نقاط سے باہر کو نکلنے والی شعاعیں بہت زیادہ استدقاقی ہوں گی۔ لہذا ان نقاط کی حقیقی اور الٹی شبیہ آنکھ کے نقطہ بعیدہ پر بنے گی یعنی اس شبیہ کا مقام معائنہ کرنے والی اور زیر معائنہ دونوں آنکھوں کے درمیانی فاصلہ پر ہو گا۔ یہاں سے "مجتمعہ شعاعیں" متسع ہو کر معائنہ کرنے والی آنکھ میں داخل ہوں گی۔ اور اسی وجہ سے شبیہ کی جگہہ پر خود ہی شے الٹی رکھی ہوئی

معلوم ہوگی۔ اگر "طول بصر" اس آنکھ میں کافی ہو تو شبیہ معائنہ کرنے والی آنکھ کے نقطہ قریبہ سے دور ہوگی اور معائنہ کرنے والی آنکھ اپنی طاقت توفیق سے کام لینے کے بعد شبیہ کو صاف طور پر دیکھ سکے گی۔ اس وقت اگر معائنہ کرنے والا کسی طرف حرکت کرے گا تو اسی طرف کے تعرعینی کا زیادہ حصہ دیکھے گا۔ اور بالمقابل تعرعینی کا کم حصہ اس کو نظر آئے گا۔ دوسرے الفاظ میں اس کا یہ مطلب ہوا کہ مذکورہ طریقہ پر تعرعینی مخالف سمت میں حرکت کرتا ہوا دکھائی دے گا۔

ایک میٹر کے فاصلہ سے معائنہ کرنے میں اگر "حدقہ عین" کے درمیان عروق دکھائی دیں اور حرکت کرنے پر ان کی حرکت مخالف سمت کو ہو تو ہم یہ نتیجہ اخذ کرتے ہیں کہ مریض کو قصر بصر لاحق ہے۔ طبعی بصارت یا خفیف قصر بصر والی آنکھوں میں کیا ہوگا؟

شکل ۸۲

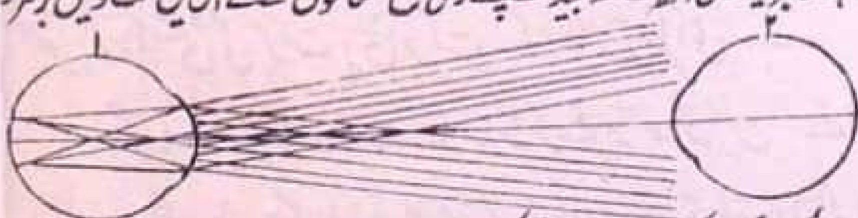


معائنہ چشم مرآۃ کے ذریعہ جب کہ مریض اور معائنہ کرنے والے کے درمیان فاصلہ ایک میٹر ہے

(۱) زیر مشاہدہ آنکھ جس میں قصر بصر شدید ہے (۲) معائنہ کرنے والے کی آنکھ جس کی انعطافی طاقت طبعی ہے مگر نمبر ایک والی آنکھ کے نقطہ بعیدہ سے چلنے والی شعاعوں کے لئے اس میں طاقت توفیق برسر کار ہے

ان دونوں آنکھوں میں قرصی نقاط سے نکلنے والی شعاعیں "متوازی" یا کسی قدر "استدقاق" ہوں گی۔ گویا کہ یہ وہ خطوط ہوں گے جو ان نقاط کو آنکھ کے "نقطہ تقاطع" (Nodal Point) سے ملانے سے بنتے ہیں۔ چوں کہ یہ "محور" ایک دوسرے سے ہمیشہ جدا رہتے ہیں اس لئے معائنہ کرنے والی آنکھ کو دونوں نقطوں سے ایک وقت میں شعاعیں نہیں حاصل ہوتیں اور اُن کی شبیہ دیکھنے والی آنکھ کے شبکیہ پر پوری نہیں بنتی اور ان دونوں نقطوں کے درمیانی حصص کی شبیہ بھی صاف

شکل نمبر ۸۳



مرآۃ کے ذریعہ معائنہ چشم جب کہ مریض اور معائنہ کرنے والے کے درمیان فاصلہ ایک میٹر ہو۔

(۱) زیر معائنہ آنکھ جس کی انعطافی طاقت طبعی ہے (۲) معائنہ کرنے والے کی آنکھ جس میں نمبر ۱ آنکھ کے قعر کے اندر دو ایسے منور نقاط سے شعاعیں باہر نکلتی ہیں جو ایک دوسرے سے بہت دور ہیں ان شعاعوں میں کوئی شعاع بھی معائنہ کرنے والی آنکھ میں داخل نہیں ہوتی اگر یہ نقاط بہت نزدیک ہوں تو باہر نکلتی ہوئی شعاعوں کے بنڈل آپس میں متوازی ہوں گے اور نمبر ۲ آنکھ کے شبکیہ پر شبیہ صاف بنائیں گے بشرطیکہ نمبر ۲ آنکھ کی طاقت توفیق سکون میں ہو۔

نہیں ہوتی - معائنہ کرنے والی آنکھ کے "شبکیہ" پر بہت ہی قریب دو نقطوں کی شبیہ درست ہوگی - مگر یہ بھی اس وقت جب کہ اس کی "طاقت توفیق" بالکل کم ہو - یہی حالت خفیف طول بصر والی آنکھ میں ہو سکتی ہے - مگر اس میں نقطۂ بعیدہ "شبکیہ" کے اس قدر پیچھے واقع ہوتا ہے کہ آنکھ سے نکلنے والی شعاعیں بہت کم تسع ہوتی ہیں یعنی تقریباً متوازی رہتی ہیں - اس لئے اگر ایک میٹر کے فاصلہ سے روشنی کی شعاعیں منعکس کی جائیں تو "حدقۂ عین" کے اندر سرخ انعکاس دکھائی دیتا ہے - مگر اس کے ساتھ قعر عینی کی کوئی تفصیل نظر نہیں آتی - ایسی صورت میں ہم یہ نتیجہ اخذ کرتے ہیں کہ آنکھ یا تو طبعی بصارت والی یا خفیف "طول بصر" والی ہے - مذکورہ طریقہ سے بھی زیادہ آسان طریقہ آنکھ کی انعطافی طاقت کے معلوم کرنے کا یہ ہو کہ بڑے "مقعر مرآۃ" سے آنکھ کے اندر روشنی ڈالیں اور مختلف اطراف میں اس کو حرکت دیں - ایسا کرنے سے "حدقۂ عین" کے اندر حرکت کرتا ہوا ایک سایہ دکھائی دے گا - اگر یہ سایہ سیاہی مائل ہو تو سمجھنا چاہئے کہ آنکھ میں انعطافی خرابی بہت زیادہ ہے - جب یہ سایہ ہماری حرکت کے خلاف متحرک ہو تو آنکھ کے اندر طول بصر اگر موافق سمت میں حرکت کرے تو قصر بصر کی شکایت ہوگی - مگر یہ فیصلہ اسی وقت صحیح ہوگا جب کہ معائنہ "مقعر مرآۃ" سے کیا گیا ہو - اس طریقہ کو ہم انعطافی طاقت کی خرابیاں معلوم کرنے کے لئے استعمال کرتے ہیں - آگے چل کر اس کو ہم مفصل بیان کریں گے -

(۲) منظار العین کے ذریعہ ۲۲ سنٹی میٹر کے فاصلہ سے آنکھ کا ابتدائی معائنہ

اس فاصلہ سے معائنہ کرنے والا بغیر کسی دوسرے آلہ کی مدد کے اپنی آنکھ سے بخوبی معائنہ کر سکتا ہے اور آنکھ کے ظاہری حصص کو بہت صاف طور پر دیکھ سکتا ہے - اگر معائنہ کرنے والے کو "بصر شیخوخت" لاحق ہو تو اس کا تدارک کر لینا چاہئے - اور اگر طول بصر ہو تو موٹا محدب عدسہ لگا لینا چاہئے لیکن قصر بصر لاحق ہو تو مریض کے نزدیک آجانا ہی کافی ہوتا ہے -

اس طریقہ معائنہ سے ذیل کے فوائد حاصل ہوتے ہیں -

(۱) مختلف انعطافی واسطوں میں سحابی کیفیت یا غیر شفاف مقامات کا پہچاننا -

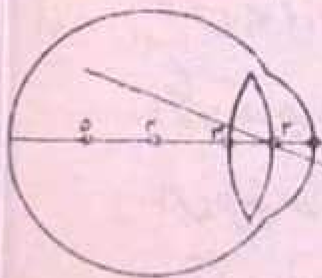
(۲) اکھڑے ہوئے شبکیہ یا دوسری چیزوں کا معلوم ہونا جب کہ وہ عدسے کے پیچھے بہت دور نہ واقع ہوں

(۳) بیرونی معائنہ کے نتائج کی تطبیق

انعطافی واسطوں میں غیر شفاف مقامات کا معلوم کرنا

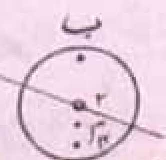
اگر آنکھ کی حالت طبعی ہو تو قعری انعکاس سُرخ ہوتا ہے۔ مگر جب شعاعوں کے راستے میں کوئی مقام غیر شفاف ہوگا تو شعاعیں منعکس ہونے سے رک جائیں گی اور یہ مقام سیاہ نظر آئے گا۔ جب پورا عدسہ غیر شفاف ہو یا زجاجیہ کے اندر خون کا انصباب ہو چکا ہو تو پورا منظر سیاہ ہو سکتا ہے۔ زجاجیہ میں خون موجود ہونے کی حالت میں تنویر موربی کے ذریعہ دیکھنے پر عدسے کے پیچھے خون نظر آئے گا۔ لیکن یہ اسی وقت جب کہ خون زجاجیہ کے اندر عدسہ کے نزدیک ہو۔ اس صورت میں منعکسہ روشنی کی وجہ سے خون سرخ نظر آتا ہے۔ غیر شفاف مقامات شکل، حجم اور اپنے مقام کے لحاظ سے مختلف ہو سکتے ہیں ان کا صحیح مقام معلوم کرنے کے لئے ہم بہت کوشش کرتے ہیں۔ کیوں کہ اس سے ان کی نوعیت معلوم ہو سکتی ہے۔

سب سے پہلے ہم یہ فیصلہ کرتے ہیں کہ آیا غیر شفاف مقام حرکت کرتا ہے یا نہیں؟ اس کو معلوم کرنے کے لئے مریض سے داہیں۔ بائیں۔ اوپر۔ نیچے اور پھر سامنے مختلف جانب دیکھنے کو کہا جائے۔ اگر کوئی غیر شفاف جسم تیر رہا ہو تو وہ آنکھ کے سکون کی حالت میں بھی حرکت کرتا رہتا ہے۔ یہ غیر شفاف جسم آنکھ کے اندر خزانۂ مقدم میں یا زجاجیہ میں ہو سکتا ہے خزانۂ مقدم میں اگر ایسا جسم پایا جائے تو اس کو ہم مختلف ذرائع سے دیکھ سکتے ہیں۔ اگر زجاجیہ کے اندر اس غیر شفاف جسم کی حرکات بہت زیادہ آزاد ہوں تو سمجھا جائے گا کہ زجاجیہ طبعی حالت سے زیادہ سیال ہے اور وہ طبعی حالت میں نہیں ہے۔ جب غیر شفاف مقام آنکھ کی حرکت کے ساتھ حرکت کرے تو اس کا مطلب یہ ہے کہ غیر شفاف مقام یا تو قرنیہ میں ہے یا عدسہ میں یا زجاجیہ میں (اس حالت میں زجاجیہ کا قوام طبعی اور جیلی نما ہوگا مذکورہ باتوں کو معلوم کرنے کے بعد ہم یہ فیصلہ کرتے ہیں کہ اس کا صحیح مقام کہاں ہے۔



شکل ۲۸





اس کو معلوم کرنے کے لئے ابتدائی معائنہ میں ہم مقعر مراٰۃ کو استعمال کرتے ہیں۔

شکل نمبر ۱ میں اگر ہم ہ کو آنکھ کی گردش کا مرکز مان لیں اور ۱ - ۲ - ۳ - ۴ - ۵ مختلف غیر شفاف مقامات فرض

کریں تو آنکھ کے گھمانے پر غیر شفاف مقامات ۱-۲-۳ چوں کہ آنکھ کے مرکز گردش کے سامنے ہیں اس لئے وہ آنکھ کی حرکت کے ساتھ حرکت کریں گے اور جو مقامات اس مرکز کے پیچھے ہیں وہ اس کے خلاف حرکت کریں گے لیکن ۴- چوں کہ خود مرکز ہے اس لئے اس میں بالکل حرکت نہ ہوگی۔ یہ مقامات مرکز گردش سے جس قدر دور ہوں گے۔ اسی قدر اُن میں زیادہ حرکت ہوگی۔ منظار العین کے ذریعہ ہم اس مرکز کو نہیں معلوم کرسکتے۔ اسی لئے عملی طور پر حدقہ یا عین کے کنارے کو مقابلہ کے لئے نظر میں رکھتے ہیں۔ اب اگر معائنہ کرنے والا شخص مقام (الف) پر ہو تو تمام غیر شفاف مقامات چونکہ ایک خط پر ہوں گے اس لئے حدقہ عین کے اندر سب ایک نقطہ معلوم ہوں گے۔ لیکن جب معائنہ کرنے والا اپنی جگہ کو بدل کر مقام (ب) پر چلا جائے اور اتنی ہی دور آنکھ مخالف جانب کو گھما دی جائے تو نمبر۲ غیر شفاف مقام حدقہ عین کے درمیان نظر آئے گا۔ نمبر ۱- اُس کے ایک کنارے کی طرف حرکت کرتا ہوا معلوم ہوگا اور ۳ و ۴ و ۵ اُس کے مخالف جانب حرکت کرتے ہوئے معلوم ہوں گے نمبر۲ عنبیہ کے بالکل پیچھے چھپ جائے گا۔ لہٰذا ہم یہ اصول مقرر کرتے ہیں کہ اگر آنکھ کو خاص جانب تھوڑا سا حرکت دیں تو جو غیر شفاف مقامات "حدقہ عین" کی سطح پر ہوں گے وہ غیر متحرک رہیں گے اور اس کے پیچھے والے مخالف جانب حرکت کرتے ہوئے معلوم ہوں گے اور ان کی ظاہری حرکت کا فاصلہ حدقہ عین کے مقابلہ میں ان کے صحیح مقامات کو ظاہر کرے گا اور سامنے والے اسی جانب حرکت کرتے رہیں گے

اس کے علاوہ **قرنوی انعکاس** کو بھی معیار کے طور پر استعمال کرسکتے ہیں۔ گویا کہ یہ انعکاس "مقعر مراۃ" کا ہوتا ہے جو قرنیہ کی مقدم سطح پر بنتا ہے۔ معمولی "مقعر مراۃ" کے ذریعہ دیکھنے میں یہ انعکاس "مجازی" اور قرنیہ کی مقدم سطح سے ۴ ملی میٹر پیچھے ہوتا ہے اور یہ جگہ عدسہ کی مقدم سطح کے ذرا پیچھے یعنی شکل نمبر ۱ کے ذرا پیچھے ہوگی اور قرنیہ کے انحنا کا مرکز ۸ ملی میٹر پیچھے یعنی عدسہ کی موخر سطح (شکل نمبر ۱ میں نمبر ۳) سے ۱ ملی میٹر پیچھے واقع ہوتا ہے یہ قرنوی انعکاس موخر الذکر مقام کو ہمیشہ ڈھانک لے گا خواہ آنکھ کسی حالت میں کیوں نہ ہو۔ اسی لئے غیر شفاف مقامات اس انعکاس کے ساتھ ہی حرکت کریں گے اور غیر شفاف وہ مقامات جو اس کے پیچھے واقع ہوں گے وہ اس کے خلاف حرکت کریں گے۔ لہٰذا مقام (الف) پر جب آنکھ ہو گی تو تمام غیر شفاف مقامات حدقہ عین کے مرکز میں نظر آئیں گے جیساکہ مقام (الف) پر معلوم ہوتا ہے اور جب آنکھ مقام (ب) پر ہوگی تو وہ "ب" کی طرح نظر آئیں گے علی ہذا القیاس عدسہ کی موخر سطح کے غیر شفاف مقامات زیادہ سے زیادہ حدقی انعکاس کے کنارے تک شاید ہی

پہونچیں اگر مقدم قطب کے غیر شفاف مقامات اس سے بہت زیادہ ہٹ جائینگے۔

صرف "مقعر مراۃ" سے آنکھ کے اندر روشنی ڈالنے پر ایک ظاہری غیر شفاف مقام نظر آتا ہے جس کو پہچاننے کا مذکورہ طریقہ بہترین ہے۔ حقیقتاً یہ اُس عدسہ کا ایک کنارہ ہوتا ہے جس میں خلع واقع ہوا ہو۔ عدسہ میں اگر کوئی خلقی نقص ہو تو اسی طرح ہم اُس کو بھی پہچان سکتے ہیں۔ کیوں کہ یہ نقص عدسہ کے کنارے پر ایک دندانے کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے۔ اگر عدسہ کا کنارہ حدقی رقبہ کے درمیان میں ہو تو یہ سیاہ ہلال کی صورت میں نظر آتا ہے مگر مرکز میں سرخ انعکاس کے ساتھ مل جاتا ہے اس کی وجہ یہ ہے کہ عدسہ کے کنارے سے روشنی منعکس تو ہو جاتی ہے مگر آنکھ سے باہر نہیں نکلتی اور نہ معائنہ کرنے والی آنکھ میں داخل ہوتی ہے اسی لئے یہ کنارے سیاہ ہلال کی صورت میں دکھائی دیتے ہیں۔

کبھی زجاجیہ کے اندر بہت لطیف اور غیر شفاف مقامات بھی پائے جاتے ہیں۔ ان کو دیکھنے کے لئے اگر مقعر مراۃ استعمال کریں اور روشنی بھی بہت تیز ہو تو بھی ہم ان کو بالکل نہیں دیکھ سکتے۔ وجہ اس کی یہ ہی کہ یہ باعتبار دوسرے غیر شفاف مقامات کے زیادہ شفاف ہوتے ہیں۔ اس کے علاوہ ان کی سطح سے کچھ روشنی کا انعکاس بھی ان کے دیکھنے میں حائل ہوتا ہے یعنی یہ خود اندر جانے والی روشنی سے منور ہو جاتے ہیں گویا کہ اس روشنی میں یہ غائب ہو جاتے ہیں۔ ان کے دیکھنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ معائنہ میں مسطح مراۃ استعمال کریں کیونکہ مسطح مراۃ سے منعکسہ شعاعیں "متسع" ہوتی ہیں۔ اسی لئے آنکھ کے اندر روشنی بہت کم داخل ہوتی ہے۔ مگر جب معائنہ کرنے والے کے پاس مسطح مراۃ موجود نہ ہو تو روشنی کے مرکز کو کم روشن کر دینا چاہیے۔ لیکن یہ طریقہ قابل اطمینان نہیں ہے۔ اگر مراۃ کے پیچھے دیکھنے کے لئے منظار العین کے سوراخ کے سامنے محدب عدسہ رکھ لیں تو یہ سحابی مقامات بہت آسانی سے دکھائی دیتے ہیں۔

اُکھڑے ہوئے شبکیہ کو پہچاننا

اکھڑا ہوا شبکیہ اپنے مقام سے بہت زیادہ سامنے بڑھ آتا ہے۔ اسی لئے اس مقام پر شبکیہ کی صورت شدید طول بصر والی آنکھ کے قعر عینی کے مانند ہوتی ہے۔ اس صورت میں اگر ہم ۲۲ سنٹی میٹر فاصلہ سے مقعر مراۃ کے ذریعہ آنکھ میں روشنی ڈالیں تو آنکھ کے اندر سے منعکسہ شعاعوں میں سے صرف چند شعاعیں معائنہ کرنے والے کی آنکھ میں داخل ہوتی ہیں جس کی وجہ سے قعر عینی کے انعکاس

کے مختلف اطراف میں بیّن فرق نظر آجاتا ہے۔ قرنیہ بعض جگہ سرخ بعض جگہ خاکستری اور بعض جگہ سیاہ بھی ہو سکتا ہے۔ اگر ہم غور سے معائنہ کریں تو ایک رقبہ غیر ہموار سطح کا نظر آئے گا۔ جس پر سیاہ لکیریں دکھائی دیں گی۔ یہ دراصل شبکیہ کے عروق ہوتے ہیں۔ مذکورہ خصوصیت کو یاد رکھنا چاہئے کیوں کہ مبتدی کے لئے اکھڑے ہوئے شبکیہ کی شکل و شباہت بہت پریشان کن ہوتی ہے اور بلا واسطہ و بالواسطہ دونوں طریقوں سے دیکھنے کے بعد بھی اُن کی تطبیق مشکل ہوتی ہے۔ مگر جب پہلے محض مراٰۃ کے ذریعہ معائنہ کیا جائے تو یہ دشواری پیش نہیں آتی۔ اور اس طرح معائنہ کرنے سے دوسری اشیاء (مثلاً وہ سلعہ جو شبکیہ کو سامنے کی طرف دھکیل رہا ہو اس کو اور خود شبکیہ کے سلعہ کو بھی ہم دیکھ سکتے ہیں۔ مگر جب شبکیہ آگے کی طرف کو کافی طور پر نہ بڑھا ہو تو اُس وقت تک اس طریقہ سے مکمل تشخیص ممکن نہیں تاوقتیکہ اکھڑا ہوا شبکیہ صاف طور پر نظر نہ آئے اور جب تک ایسا نہ ہو اس وقت تک اس کا یقین کرنا بھی مناسب نہیں ہوتا۔

آنکھ کے بیرونی حصص کے معائنہ سے حاصل ہونے والے نتایج کی تطبیق

اس طریقہ امتحان سے ہم صرف سابقہ نتایج میں تطبیق ہی نہیں دے سکتے بلکہ اس سے ہم کو مزید معلومات بھی حاصل ہوتی ہیں۔ اس کے ذریعہ ہم عدسہ کے اندر کے غیر شفاف مقامات کا خاکہ تیار کر سکتے ہیں۔ کیوں کہ یہ غیر شفاف مقامات مذکورہ طریقہ سے سرخ زمین میں سیاہ دھبوں کی صورت میں نظر آتے ہیں۔ اس کے علاوہ ان سیاہ دھبوں کے صحیح مقامات سے بھی ہم کو آگاہی حاصل ہوتی ہے۔

مریض جب آنکھ کے اندر کسی جسم غریب کے داخل ہونے کی ہسٹری بیان کرے تو اُس وقت اس امر کا امکان ملحوظ خاطر رہے کہ اس کے عنبیہ کے اندر سیاہ داغ نہ موجود ہو کیوں کہ یہ ممکن ہے کہ غریب جسم "عنبیہ" کے اندر سے داخل ہوا ہو جس کی وجہ سے عنبیہ کے اندر سیاہ داغ پڑ گیا ہو۔ اگر اس وقت ہم مراٰۃ کے ذریعہ معائنہ کریں گے تو یہ عقدہ حل ہو جائے گا۔ کیوں کہ کسی نہ کسی مقام پر اس سوراخ سے شبکیہ کا سرخ انعکاس ضرور نظر آئے گا مگر یہ بھی خیال رہے کہ اگر اس سوراخ کے اندر سے شبکیہ کا سُرخ انعکاس نظر آئے تو اس کا یہ مطلب نہیں کہ عنبیہ میں سوراخ نہیں ہے۔ کیوں کہ سُرخ انعکاس نظر نہ آنے کی یہ وجہ بھی ہو سکتی ہے کہ اس سوراخ کے پیچھے عدسہ غیر شفاف ہو ذیل میں اس سے ملتی جلتی ہوئی ایک مثال ہم اور پیش کرتے ہیں۔

کسی مریض کے عنبیہ کے ہڈبی کنارے پر ایک سیاہ داغ ہے اور اس کی سطح حدقۂ عین کی طرف محدب نظر آتی ہے تو ایسی صورت میں ممکن ہے کہ یہ جسم ہڈبی کا "سلعہ خبیثہ" ہو جو صلبیہ کو اندر سے بڑھ کر ماؤف کر چکا ہو ہڈبی کنارے پر عنبیہ کے الگ ہو جانے سے بھی یہ کیفیت پیدا ہو سکتی ہے۔ مگر موخرالذکر صورت میں مرآۃ کے ذریعہ روشنی ڈالنے پر اس مقام پر ہم کو شبکیہ کا سُرخ انعکاس دکھائی دے گا۔ اور سلعہ خبیثہ کی صورت میں ایسا نہ ہوگا۔

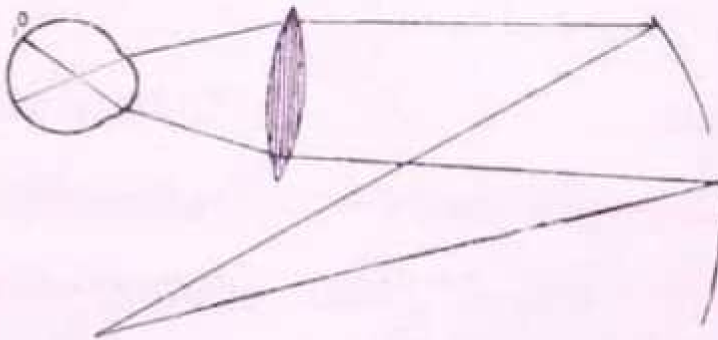
ہم پہلے بتا چکے ہیں کہ اس طرح معائنہ کرنے سے مختلف انعطافی واسطوں کے اندر کے غیر شفاف مقامات سیاہ دھبوں کی صورت میں نظر آتے ہیں اور یہ بھی بتا چکے ہیں کہ سطحی غیر شفاف مقامات جو قرنیہ میں ہوں یا عدسہ کی مقدم سطح کے نزدیک ہوں ان کو اصلی حالت میں دیکھنے کے لئے بہتر ہے کہ آنکھ کے نزدیک ہو کر دیکھا جائے۔ کیوں کہ ایسا کرنے سے اُن کی سطح سے زیادہ روشنی منعکس ہو کر کچھ معائنہ کرنے والے کی آنکھ میں داخل ہو جاتی ہے اس لئے اُن کی اصل حالت نظر آجاتی ہے۔

اس موقع پر یہ اعتراض جائز ہوگا کہ اس صورت میں آنکھ کے نزدیک ہونے سے معائنہ کرنے والا اپنے فاصلۂ قریب کے اندر ہوگا اس لئے ہر چیز صاف نظر نہ آئے گی۔ مگر اس خرابی کا تدارک ہم اس طرح کرتے ہیں کہ جس قدر آنکھ سے زیادہ نزدیک ہوتے جاتے ہیں۔ منظار العین کے مرآۃ کے پیچھے اسی قدر زیادہ طاقت والے محدب عدسے لگاتے جاتے ہیں۔ ایسا کرنے سے ہماری طاقت توفیق کو مدد ملنے کے علاوہ دوسرا فائدہ یہ حاصل ہوتا ہے کہ غیر شفاف مقام بڑا دکھائی دینے لگتا ہے۔ جب ہم آنکھ کے بہت ہی نزدیک پہونچ جائیں اور مرآۃ کے پیچھے ۲۰ بصریہ طاقت والا محدب عدسہ لے آویں تو غیر شفاف مقام بہت بڑا دکھائی دینے لگتا ہے۔ مگر چوں کہ یہ محدب عدسہ بڑا دکھانے والے معمولی عدسے کا کام دیتا ہے لہذا آنکھ کو مرکز میں لانے کے لئے ذرا آگے یا پیچھے کو حرکت دینا ضروری ہوگا، عدسہ کے نمبر سے بھی ہم مرکز کا اندازہ لگا سکتے ہیں۔ لیکن بہتر طریقہ یہ ہے کہ قرنیہ سے ذرا ہٹ کر اور پر کو نگاہ رکھتے ہوئے آگے بڑھیں۔ یہاں تک کہ قرنیہ بالکل صاف اور بخوبی نظر آنے لگے اور اس کے اندر کا غیر شفاف مقام بھی صاف دکھائی دینے لگے۔ اب اگر ہم یہ چاہیں کہ اسی مقام سے عدسہ کی سطح سے نزدیک والے غیر شفاف مقام کا معائنہ کریں تو اس مقصد کے لئے حسب ذیل دو طریقوں میں سے کوئی ایک طریقہ اختیار کرنا ہوگا

(۱) آنکھ سے ہم نزدیک ہوتے رہیں یہاں تک کہ عدسہ کے غیر شفاف مقامات نظر آنے لگیں۔

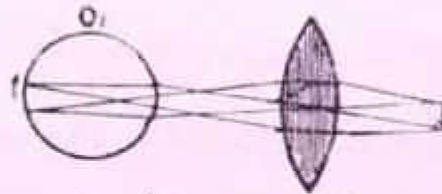
(۲) ۲۰ بصریہ طاقت والا عدسہ جس کو مراۃ کے سامنے لگا چکے ہیں اس کو ہٹا کر اُس سے کم طاقت والا عدسہ لگائیں "ماڈرن" کے "منظار العین" میں یہ امر بآسانی ممکن ہے اس کا ایک طریقہ یہ بھی ہے کہ ۲۰ بصریہ طاقت والے عدسہ کے سامنے بتدریج زیادہ سے زیادہ طاقت والا مقعر عدسہ لایا جائے۔ یہاں تک کہ غیر شفاف مقام صاف نظر آنے لگے۔ مختلف "منظار العین" میں ایک حلقہ میں ۲۰ بصریہ طاقت والا عدسہ لگا ہوتا ہے جو اسی طرح مراۃ کے پیچھے لایا جا سکتا ہے۔ اور دوسرے حلقے میں دوسرے چھوٹے عدسے لگے ہوتے ہیں جن کو ہم آسانی سے اس کے سامنے لا سکتے ہیں۔ اس دوسرے طریقہ سے عدسہ کا غیر شفاف مقام اس قدر بڑا دکھائی نہیں دیتا جتنا کہ پہلے طریقہ سے۔

معائنہ بالواسطہ منظار العین کے ذریعہ آنکھ کا بالواسطہ معائنہ کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ آنکھ کی طاقت انعطافی کچھ بھی ہو اس کے سامنے طاقتور محدب عدسہ رکھ کر اس کو شدید قصر بصر والی آنکھ بنا لیا جائے ایسا کرنے سے معائنہ کرنے والی آنکھ اور محدب عدسہ کے درمیان قعر عینی کی الٹی اور حقیقی شبیہ بنے گی اسکو ہم آسانی سے شکل نمبر ۸۵، ۸۶ میں سمجھ سکتے ہیں۔ جس آنکھ کا معائنہ مقصود ہے اگر وہ قصر بصر والی ہو تو اس کے قعر عینی سے باہر نکلنے والی استدقاقی شعاعیں عدسے کی وجہ سے اور زیادہ استدقاقی کیفیت اختیار کریں گی اور شبیہ جو ہمیشہ قصر بصر والی آنکھ میں الٹی ہوتی ہے عدسے کے نزدیک آ جائے گی، اگر آنکھ کی بینائی طبعی ہو تو باہر



شکل نمبر ۸۵

معائنہ بالواسطہ: قعر عینی کا معائنہ جس میں نوری شعاعوں کا راستہ ان کے ماخذ سے مراۃ تک دکھایا گیا ہے آنکھ اور عدسے میں سے ان شعاعوں کا گذرنا اور میدان تنویر کا رقبہ بھی دیا گیا ہے۔



شکل نمبر ۸۶

معائنہ بالواسطہ: - قعر عینی سے نکلنے والی شعاعیں شبیہ کو بناتی ہیں محدب عدسہ آنکھ کی مقدماتی سطح پر ہے۔ آنکھ کے اندر داخل ہونے والی متوازی شعاعیں عدسے کے مرکز مناظری سے گذرتی ہیں اور آنکھ کے نقطہ تقاطع سے گذرنے والی شعاعیں عدسے کی وجہ سے استدقاقی ہو جاتی ہیں۔ دونوں قسم کی شعاعیں جس مقام پر تقاطع پیدا کرتی ہیں وہی شبیہ کا مقام ہے شبیہ اس صورت میں الٹی ہے۔

نکلنے والی شعاعیں استدقاقی ہوں گی اور جہاں یہ آپس میں تقاطع پیدا کریں گی وہاں پر شبیہ بنائیں گی۔ مگر جب آنکھ طول بصر والی ہو تو باہر نکلنے والی شعاعیں اور بھی زیادہ استدقاقی ہوں گی کیوں کہ جو عدسہ ہم معائنہ میں استعمال کرتے ہیں اس کے لئے طول بصر والی شعاعوں کا التساع کچھ اہمیت نہیں رکھتا۔

مذکورہ بیان سے ظاہر ہوتا ہے کہ ایک ہی عدسہ سے الٹی شبیہ مختلف مقامات پر بنتی ہے اور شبیہ کے فاصلہ کا انحصار زیر معائنہ آنکھ کی انعطافی طاقت پر ہوتا ہے۔ اگر عدسہ آنکھ سے ہر حالت میں ایک ہی فاصلہ (یعنی اپنے طول ماسکہ) پر رکھا جائے تو طبعی بصارت والی آنکھ میں شبیہ عدسے کے مرکز پر اس سے پرے بنے گی۔ اور قصر بصر والی آنکھ میں عدسہ کے نزدیک۔ طول بصر والی آنکھ میں عدسہ کے پرے بنے گی۔

تمام حالتوں میں شبیہ بڑی ہوتی ہے اور اس کی بڑائی کا انحصار آنکھ کی طاقت انعطافی، عدسہ کی طاقت اور اس کے فاصلہ پر ہوتا ہے۔ ۱۳ البصر طاقت والے عدسے کے ذریعہ قعر عینی پانچ گنا بڑا دکھائی دیتا ہے مگر بالواسطہ طریق معائنہ میں بڑی دشواری یہ ہوتی ہے کہ آنکھ اور عدسہ کا انعکاس اس میں حارج ہوتا ہے۔ جیسا کہ صرف مرآۃ کے استعمال میں ہم دیکھ چکے ہیں کہ قرنیہ کی سطح پر اس کا انعکاس دکھائی دیتا ہے۔ اگر اس انعکاس کو ہم محدب عدسہ کے درمیان سے دیکھیں تو یہ بڑا دکھائی دے گا اور یہ بھی ممکن ہے کہ یہ انعکاس حدقۂ عین کے سامنے آجائے اور اس کے پیچھے کوئی چیز دکھائی نہ دے۔ اس کے علاوہ محدب عدسہ کی سطح جو معائنہ کرنے والے کی آنکھ کی طرف ہوتی ہے وہ ایک دوسرے محدب مرآۃ کا کام دیتی ہے جس کی وجہ سے عدسہ کے پیچھے بھی ایک انعکاس پیدا ہوتا ہے۔ علیٰ ہذا القیاس عدسہ کی موخر سطح جو مریض کی طرف ہوتی ہے وہ ایک مقعر مرآۃ کا کام دیتی ہے جس کی وجہ سے عدسہ کے اس حصہ پر جو معائنہ کرنے والے کے نزدیک ہو ایک انعکاس پیدا ہوتا ہے جو باعث تکلیف دہ ہوتا ہے لیکن یہ انعکاس معمولی حرکت سے علیحدہ کیا جا سکتا ہے۔

شکل نمبر ۸

معائنہ بالواسطہ :- آنکھ کی انعطافی کیفیت کے مطابق شبیہ کا مقام۔ اس میں عدسہ قرنیہ سے دور اپنے فاصلہ ماسکی پر ہے۔ طبعی بصارت والی آنکھ میں باہر نکلنے والی متوازی شعاعیں عدسے کے ماسکہ اصلی پر اور قصر بصر میں باہر نکلنے والی شعاعیں جو کہ استدقاقی ہوتی ہیں (بہ نسبت ماسکہ اصلی کے) عدسے سے نزدیک تر اور طول بصر میں باہر نکلنے والی تسع شعاعیں ماسکہ اصلی سے پرے تقاطع پیدا کرتی ہیں۔

بعض ماہرین کا قول ہے کہ وہ عدسی انعکاس زیادہ تکلیف دہ ہوتے ہیں جو عدسہ کی مقابل سطوح پر مرآۃ کی شبیہ سے پیدا ہوتے ہیں اگر عدسہ کو ضرورت سے زائد ٹیڑھا کیا جائے تو یہ انعکاس آپس میں مقابل سمتوں میں حرکت کرتے ہیں جس کی وجہ سے دونوں کے درمیان سے ہم بخوبی معائنہ کر سکتے ہیں مگر عدسہ کو ضرورت سے زائد ٹیڑھا نہ کرنا چاہیئے کیونکہ زیادہ ٹیڑھا کرنے کی صورت میں عدسے کی موربی تنویر میں اگر دوسری طرف اشیاء کو دیکھنے کی کوشش کی جائے تو وہ ٹیڑھی میڑھی دکھائی دیتی ہیں اس کی وجہ یہ ہے کہ حقیقتاً اس طرح سے ایک قطر میں مصنوعی طور پر سدادبصر (Astigmatism) پیدا ہوجاتا ہے لہٰذا اس طرح سے قرص بصری ٹیڑھی میڑھی دکھائی دے تو اس کی وجہ یہی مصنوعی سدادبصر ہو گا جس کو ہم خود پیدا کر چکے ہیں۔

دوسری مشکل اس میں یہ ہے کہ مریض سے زیادہ قریب ہو کر معائنہ کرنے میں مبتدیوں کی مشکلات بڑھ جاتی ہیں۔ کیونکہ زیادہ نزدیک ہو جانے سے کسی چیز کی صاف شبیہ نہیں دکھائی دیتی۔ بعض لوگ بالواسطہ معائنہ کے دوران میں خیال کرتے ہیں کہ وہ حدقہ عین کو دیکھ رہے ہیں حالاں کہ حدقہ عین کو وہ بالکل نہیں دیکھ رہے ہوتے بلکہ معاملہ یہ ہوتا ہے کہ جب قعر عینی پوری طرح نظر آنے لگتا ہے تو ان کی طاقت توفیق قعر عینی کے دیکھنے میں منہمک ہوتی ہے اور قعر عینی کی شبیہ عدسہ اور مریض کے درمیانی فاصلہ میں کسی نہ کسی مقام پر ہوتی ہے۔ اس لئے ظاہر ہے کہ وہ حدقہ عین سے بالکل علیحدہ چیز ہے۔ ہم اگر کچھ دور مناسب فاصلہ پر ہوں تو بھی بغیر کسی آلہ کی مدد کے صرف نظر سے اس شبیہ کو دیکھ سکتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ نزدیک ہو جانے سے یہ شبیہ خراب نظر آتی ہے اور صاف نہیں دکھائی دیتی۔ کیوں کہ یہ فاصلہ مریض کے قعر عینی اور معائنہ کرنے والے کے نقطہ قریبہ کے درمیانی فاصلہ سے بھی کم ہوتا ہے۔ اس مشکل کا تدارک اس طرح ممکن ہے کہ ہم اپنی طاقت توفیق کو محدب عدسہ سے مدد دیں اور + البصریہ یا + ۲ بصریہ طاقت والا عدسہ منظار العین کے مرآۃ کے پیچھے لگائیں ایسا کرنے سے یہ شبیہ نہ صرف صاف ہو جائے گی بلکہ بڑی بھی دکھائی دینے لگے گی۔

مریض کی آنکھ کے سامنے محدب عدسہ رکھنے کی جگہہ

مریض کی آنکھ کے سامنے محدب عدسہ رکھنے کا ایک خاص فاصلہ ہوتا ہے جہاں پر عدسہ کو رکھ کر ہم اس کے قعر عینی کو دیکھ سکتے ہیں۔ سب سے پہلے محدب عدسہ مریض کی آنکھ کے سامنے رکھ کر معائنہ شروع کرنا چاہیئے۔ عدسہ کو ایک جگہہ قائم کرنے کے لئے اپنی چھنگلیا کو مریض کی پیشانی پر ٹیک دینا چاہیئے۔ اب محدب عدسہ کو آہستہ آہستہ اپنی طرف لادیں

یہاں تک کہ قعر عینی کی شبیہ بالکل صاف دکھائی دینے لگے۔

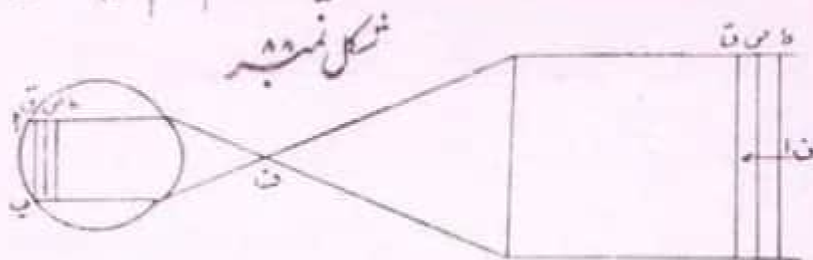
نظری حیثیت سے مریض کے عدو عین سے عدسہ کا فاصلہ اتنا دور ہونا چاہیئے جتنا کہ عدسہ کا ماسکہ اصلی ہو ہے۔ مگر یہ مقام اس وجہ سے سب سے زیادہ خراب ثابت ہوگا کہ قرنیہ کا انعکاس اس جگہ تکلیف دہ ہوتا ہے قرنوی انعکاس قرنیہ سے ۱۴ ملی میٹر پیچھے ہوتا ہے۔ لہٰذا اگر عدسہ اپنے طول ماسکہ پر ہو تو شبیہ کی شعاعیں عدسے میں سے گذرنے پر متوازی ہو جائیں گی۔ اور عدسہ کی تمام سطح اس انعکاس سے پُر ہو جائے گی ا ہم کچھ نہ دیکھ سکیں گے۔ اس لئے اس جگہ سے ذرا دور پیچھے یا آگے معائنہ کے لئے بہترین مقام عدسہ کے لئے ہو سکتا ہے۔

بالواسطہ معائنہ میں عدسہ کے لئے بہترین مقام آنکھ کے مقدم ماسکہ سے عدسہ کا طول ماسکہ ہے۔ اس مقام پر اگر ہم عدسہ کو ذرا سا ترچھا رکھیں تو تمام انعکاسات سامنے سے ہٹ جاتے ہیں۔ اور قعر عینی صاف طور پر دکھائی دینے لگتا ہے۔

بالواسطہ طریق معائنہ سے ہم معلوم کر سکتے ہیں کہ آنکھ کی بصارت طبعی ہے یا غیر طبعی۔ اس کا اندازہ ہم عدسہ کو آگے پیچھے کر کے شبیہ کے بڑی چھوٹی ہونے سے لگا سکتے ہیں اس مقصد کے لئے قرص بصری کو سامنے لانے کے لئے مناسب جانب مریض سے دیکھنے کو کہا جائے۔ مثلاً دائیں آنکھ کی قرص بصری کو دیکھنے کے لئے منظار العین ہاتھ کی اٹھی ہوئی چھنگلیا کی طرف دیکھنے کو مریض سے کہیں۔ اور بائیں آنکھ کے دیکھنے کے وقت اپنے بائیں کان کی طرف دیکھنے کی تاکید کریں۔ عدسہ کو آنکھ کے نزدیک رکھ کر پھر اس کو اپنی طرف کو ہٹائیں۔ اگر عدسہ کی حرکت سے قرص بصری کے حجم میں فرق نہ پڑے تو سمجھنا چاہیئے کہ آنکھ کے اندر کوئی انعطافی خرابی نہیں ہے۔ اگر ایسا کرنے سے قرص بصری کا حجم چھوٹا ہو جائے تو طول بصر۔ اور اگر بڑا دکھائی دے تو قصر بصر سمجھنا چاہیئے۔ اگر ہم اس حقیقت کو سمجھ لیں تو ہر حالت میں قرص بصری کے حجم کے بڑا اور چھوٹا ہونے یا اپنے اصل حجم میں دکھائی دینے کو یاد رکھ سکیں گے۔

اب تھوڑی دیر کے لئے قعر عینی پر الف اور ب دو مقام ایسے فرض کیجئے جو قرص بصری کے دونوں کناروں پر ہوں (ملاحظہ ہو تصویر نمبر صفحہ آئندہ پر)

اگر یہ دونوں مقام روشن ہوں تو ان سے نکلنے والی متسع شعاعوں میں سے کم از کم ایک شعاع محور کے متوازی ہو گی۔ اور یہ دونوں شعاعیں جب آنکھ سے باہر نکلیں گی تو آنکھ کے مقدم ماسکہ پر ایک دوسرے سے تقاطع پیدا کریں گی۔ عام اس سے کہ آنکھ کی انعطافی طاقت کچھ بھی ہو۔ اس کے معنی یہ ہوئے کہ آنکھ کا محور خواہ لمبا ہو یا چھوٹا۔ ہر حالت میں ان دونوں مقامات سے نکلنے والی شعاعیں آنکھ کے مقدم ماسکہ پر ایک دوسرے کے ساتھ تقاطع پیدا کریں گی۔ کیوں کہ منعطف ہونے سے پہلے یہ متوازی ہوتی ہیں۔ اب تھوڑی دیر کے لئے ہم فرض کرتے ہیں کہ عدسہ آنکھ کے مقدم مرکز سے اپنے طول ماسکہ پر واقع ہے تو ایسی صورت میں ظاہر ہے کہ یہ شعاعیں تقاطع کے بعد محدب عدسہ سے آکر ملیں گی۔ اور اب چوں کہ عدسہ کے ماسکہ سے آرہی ہیں لہذا دوسری طرف متوازی ہو کر نکلیں گی۔

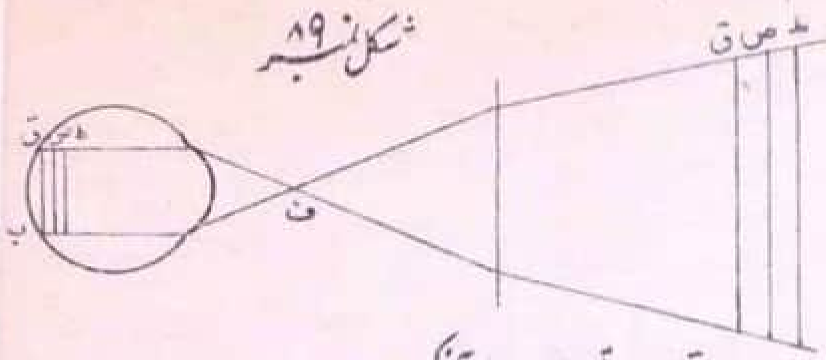


ق - قصر بصر والی آنکھ
ص - طبعی بصارت والی آنکھ
ط - طول بصر والی آنکھ

ہم یہ پہلے بتا چکے ہیں کہ ایسے حالات کے ماتحت طبعی انعطافی طاقت والی آنکھ کے قعر عینی کی شبیہ عدسہ کے طول ماسکہ (فا - F) پر قصر بصر والی آنکھ کے قعر عینی کی شبیہ عدسہ کے (ق - M) کے نزدیک اور طول بصر والی آنکھ کے قعر عینی کی شبیہ اس سے دور مقام (ط - H) پر ہو گی مذکورہ شعاعیں قرص بصری کے دو نقطوں کی شبیہ پیش کریں گی اس لئے ان کا درمیانی فاصلہ آنکھ کے انعطافی واسطوں اور عدسہ میں سے گذرنے کے بعد دونوں نقطوں یعنی الف اور ب کے درمیانی فاصلہ کو بتائے گا۔ اسی کو دوسرے الفاظ میں ہم یوں بیان کرسکتے ہیں کہ جب عدسہ زیر معائنہ آنکھ کے مقدم مرکز سے اپنے طول ماسکہ پر ہو تو شبیہ کا بڑا ہونا طبعی انعطافی طاقت والی آنکھ یا طول بصر یا قصر والی آنکھ کے مانند ہوتا ہے۔ بشرطیکہ طول بصر یا قصر بصر کی شکایت آنکھ کے چھوٹا بڑا ہونے سے لاحق ہوئی ہو۔

اور اگر عدسہ مذکورہ فاصلہ پر نہ ہو بلکہ آنکھ کے نزدیک ہو تو شعاعیں عدسہ میں سے گذرنے کے

بعد تسع ہو جائیں - لہذا جب عدسہ آنکھ کے مقدم مرکز سے اپنے طول ماسکہ سے کم فاصلہ پر ہوگا تو اس وقت سب سے بڑی شبیہ بنے گی



ق قصر بصر والی آنکھ -
ص - طبعی بصارت والی آنکھ
ط - طول بصر والی آنکھ

بشرطیکہ آنکھ کے اندر طول بصر کی شکایت موجود ہو اور سب سے چھوٹی شبیہ اس وقت ہوگی جب کہ آنکھ کی انعطافی طاقت قصر بصر والی ہو اور متوسط درجہ کی شبیہ اس وقت بنے گی جب کہ اسکی انعطافی طاقت طبعی حالت میں ہو -

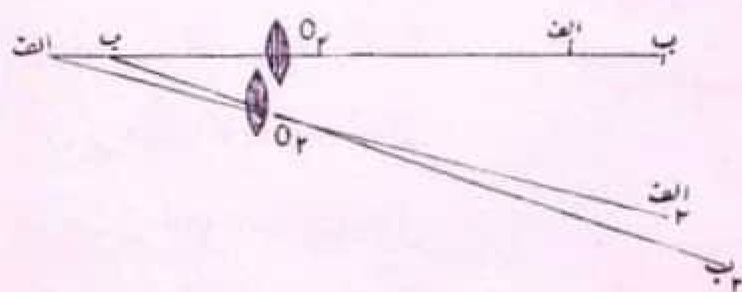
اور اگر عدسہ آنکھ سے دور ہو تو آنکھ سے نکلنے والی شعاعیں استدقاقی ہوں گی یہی وجہ ہے کہ جب عدسہ آنکھ کے مقدم مرکز سے اپنے طول ماسکہ والے فاصلہ سے دور ہوتا ہے تو محوری قصر بصر کی حالت میں شبیہ سب سے بڑی اور محوری طول بصر کی حالت میں سب سے چھوٹی اور طبعی انعطافی طاقت والی آنکھ میں متوسط درجہ کی ہوتی ہے - اگر بصارت کی غیر طبعی حالت انحنار کی خرابی کی وجہ سے ہو جیسا کہ سداد بصر میں ہوا کرتا ہے تو ایسی صورت میں مذکورہ بالا نتائج نہیں پیدا ہوتے - تاہم یہ سمجھ لینے کے بعد کہ آنکھ کے مقدم ماسکے اب دو ہیں (ایک ایک انحنار کے لئے اور دوسرا دوسرے انحنار کے لئے) اور اسی طرح نقاط تقاطع بھی دو ہیں - ہم بآسانی نتیجہ اخذ کر سکتے ہیں -

اور جب عدسہ قرنیہ سے اپنے طول ماسکہ پر ہو تو طبعی اور غیر طبعی انعطافی طاقت والی آنکھ کا قرعینی یکساں حجم کا دکھائی دیتا ہے - اور قرص بصری گول نظر آتی ہے - اگر عدسہ آنکھ کے نزدیک ہو تو شبیہ بیضوی معلوم ہوگی اور شبیہ کا بڑا محور اس طرف ہوگا جدھر انعطافی طاقت کم ہوگی - آنکھ کی انعطافی طاقت عام طور پر افقی محور میں کم ہوتی ہے - بخلاف اس کے اگر عدسہ آنکھ سے دور ہو تو شبیہ کا بڑا قطر اس جانب ہوگا جس طرف آنکھ کی انعطافی طاقت زیادہ ہوگی اور آنکھ کی انعطافی طاقت عموماً عمودی قطر میں زیادہ ہوتی ہے - مگر ان صورتوں میں یہ ضروری ہے کہ عدسہ کو بالکل عمودی طور پر پکڑا جائے ورنہ اس کے ذرا سا ترچھے ہونے سے بھی آنکھ میں سداد بصر کی کیفیت پیدا ہو جائے گی - اگر قرص بصری حقیقتاً بیضوی ہو جیسا کہ قصر بصر میں ہوتی ہے تو اس صورت میں اس کا محور بالکل نہیں بدلتا - انعطافی واسطوں کے تناسب انعطافی کی کمی بیشی سے بوڑھوں میں بصارت کی

خرابی لاحق ہوتی ہے۔ آنکھ کے اندر عدسہ کی عدم موجودگی سے جو حالت پیدا ہوتی ہے اس کو ہم غیر طبعی بصارت کہہ سکتے ہیں۔ اس حالت میں نقطۂ تقاطع اپنی جگہ نہیں بدلتا۔

اگر عدسہ نقطۂ تقاطع سے پہلے طول ماسکہ پر ہو تو قرص بصری کی شبیہ ہر حالت میں ایک ہی حجم کی ہوتی ہے اور اگر عدسہ کو آنکھ کے نزدیک لے آیا جائے تو قرص بصری کی شبیہ طول بصر والی آنکھ میں چھوٹی ہوگی مگر طبعی بصارت والی آنکھ میں کوئی تبدیلی اس کے حجم میں نہ واقع ہوگی۔ چوں کہ شدید طول بصر والی ان آنکھوں میں جن میں سے عدسہ نکال دیا گیا ہو شبیہ عدسے کے ماسکہ سے بہت پرے بنتی ہے اس لئے ان آنکھوں کے لئے طاقتور عدسہ (۱۸ ابعر طاقت والا) استعمال کریں گے۔

بالواسطہ طریقہ معائنہ میں قعر عینی کے اندر دونوں نقطوں کے درمیان اونچے نیچے ہونے کا فرق حرکت اختلافیہ سے بخوبی ظاہر ہو جاتا ہے اگر الف ب کو دو ایسے مقامات فرض کریں جو قعر عینی میں مختلف سطح پر یعنی قرص بصری کے کنارے پر یعنی زرق المائی گہرائی کی تہ میں واقع ہیں اور



معائنہ بالواسطہ :۔ عدسے کے مختلف مقامات کی انعطافی طاقت کی کمی بیشی کی وجہ سے مرکز پر کسی حد تک شعاعیں منتشر دکھائی گئی ہیں

عدسہ کے مرکز کو O_1 سے O_2 تک حرکت دیں تو الف اور ب کی شبیہ الف۱ سے الف۲ تک اور ب۱ سے ب۲ پر چلی جائے گی کسی زمانہ میں اس حرکت اختلافی کو غلط اور زرق المائی قعر کو ایک اُبھار سمجھا جاتا تھا۔

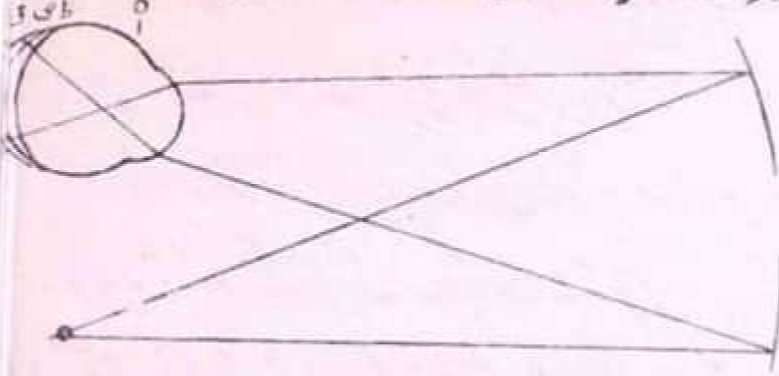
بلا واسطہ معائنہ

اس طریقہ سے معائنہ کرنے والا جہاں تک بھی ممکن ہو مریض کے نزدیک آجائے۔ (ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۱۹ صفحہ آئندہ پر)

اگر آنکھ طول بصر والی ہوگی تو اس سے نکلنے والی شعاعیں متسع ہوں گی گویا کہ یہ شعاعیں مجازی نقطہ بعیدہ سے آرہی ہیں جو آنکھ کے پیچھے واقع ہے آنکھ کے درمیانی فاصلہ کے کم ہونے کی وجہ سے ان شعاعوں میں سے بہت سی معائنہ کرنے والے کے حدقۂ عین میں داخل ہوں گی جن کو شبکیہ پر جمع کیا جا سکتا ہے۔ بشرطیکہ

معائنہ کرنے والا اپنی طاقت توفیق کو کام میں لاوے۔ اگر معائنہ کرنے والے کو بصر شیخوخت لاحق ہو۔ اس کی طاقت توفیق بالکل سکون کی حالت میں ہو تو مراۃ کے پیچھے محدب عدسہ لگانے سے شبکیہ پر اس کی شبیہ صاف بنے گی۔

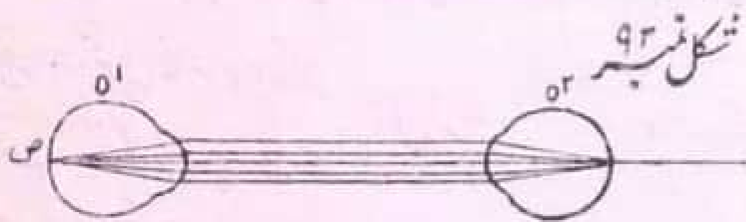
شکل نمبر ۹۱

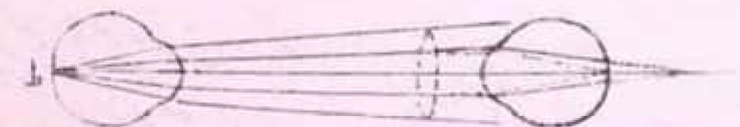


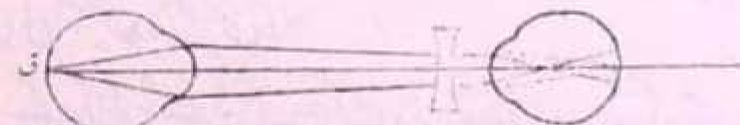
معائنہ بالواسطہ :- عدسے کے مختلف مقامات کی انعطافی طاقت کی کمی و بیشی کی وجہ سے مرکز کسی حد تک شعاعیں منتشر دکھائی دیتی ہیں۔

اگر معائنہ کرنے والے کی آنکھ کی بصارت طبعی ہو تو باہر نکلنے والی شعاعیں متوازی ہوں گی اور معائنہ کرنے والے کے شبکیہ پر شبیہ اس وقت بنے گی جب کہ طاقت توفیق بالکل سکون میں ہو گی۔ اگر طاقت توفیق کام کر رہی ہو تو اس کو متعادل کرنے کے لئے اتنی ہی طاقت کا مقعر عدسہ مراۃ کے سوراخ کے سامنے لگا دینے سے بھی شبکیہ پر شبیہ بنے گی۔ لیکن جب زیر معائنہ آنکھ قصر بصر والی ہو تو اس سے باہر نکلنے والی شعاعیں استدقاقی ہوں گی اگر قصر بصر خفیف یا اوسط درجہ کا ہو تو قعر عینی کی حقیقی شبیہ جو آنکھ کے نقطہ بعید پر منتج ہو معائنہ کرنے والے کے سر کے پیچھے ہو گی یعنی معائنہ کرنے والے کی آنکھ میں یہ شعاعیں مجتمع ہونے سے پہلے داخل ہو جائیں گی۔ یہ استدقاقی شعاعیں جب کبھی طبعی انعطافی طاقت والی آنکھ میں داخل ہوں گی زجاجیہ میں کسی جگہ پر مجتمع ہو جائیں گی۔

شکل نمبر ۹۲







معائنہ بالواسطہ :- O¹ :- زیر معائنہ آنکھ کے قعر عینی سے نکلنے والی شعاعیں۔ O² - معائنہ کرنے والے کی آنکھ۔ شبکیہ پر شبکیہ کی شبیہ کا مقام۔ طبعی بصارت والی آنکھ میں باہر نکلنے والی متوازی شعاعیں معائنہ کرنے والی آنکھ کے شبکیہ پر مرکز بناتی ہیں بشرطیکہ اس کی طاقت توفیق سکون کی حالت میں ہو۔ اور طول بصر والی آنکھ میں زیر معائنہ آنکھ سے نکلنے والی منفرج شعاعیں معائنہ کرنے والی آنکھ کے شبکیہ پر مرکز بناتی ہیں بشرطیکہ وہ توفیق کو استعمال کرے۔ قصر بصر میں باہر نکلنے والی استدقاقی شعاعیں صرف اس وقت معائنہ کرنے والی آنکھ کے شبکیہ پر مرکز بناتی ہیں جب کہ اس کے سامنے مقعر عدسہ رکھا ہو۔

اسی لئے ایسی آنکھ والا شخص مرآۃ کے پیچھے بغیر مقعر عدسہ لگائے ہوئے اُن کی شبیہ کو دیکھنے کے ناقابل ہوگا مگر جب زیر معائنہ آنکھ میں شدید قصر بصر لاحق ہو تو اس کا نقطہ بعیدہ اس فاصلہ میں جو زیر معائنہ آنکھ اور معائنہ کرنے والے کے طبقہ شبکیہ کے درمیان ہے کسی جگہ پر واقع ہوگا۔ ایسی صورت میں عینک کا استعمال بھی بے سود ہوگا اور کسی طرح شبیہ صاف نظر نہ آئے گی۔ کیوں کہ ممکن ہے کہ اس کا نقطہ بعیدہ دیکھنے والے کے مرآۃ کے سوراخ کے پیچھے واقع ہو۔ اور چوں کہ اس جگہ پر آنکھ کے بہت نزدیک ہونے کی وجہ سے طاقت توفیق بالکل کام نہیں کرسکتی اس لئے کسی عدسے کے لگانے سے کوئی فائدہ نہ ہوگا۔ مگر اس صورت میں ہم جس قدر آنکھ کے نزدیک ہو کر معائنہ کریں گے اسی قدر زیادہ مناسب ہوگا کیوں کہ سب شعاعیں عدسے کے مرکز مناظری سے ہو کر گذریں گی۔

ماہرین اس بات پر عموماً زور دیتے ہیں کہ بلاواسطہ معائنہ میں جہاں تک ہو سکے طاقت توفیق کو سکون کی حالت میں رکھیں۔ اس میں شک نہیں ہے کہ جب آنکھ کسی چیز کو دیکھ رہی ہو اور وہ شے اُس کے نزدیک ہو تو طاقت توفیق کو سکون کی حالت میں رکھنا مشکل امر ہے۔ ایسی صورت میں معائنہ کرنے والے کو چاہئے کہ وہ یہ سمجھ کر کوشش کرے کہ وہ کسی دور کی چیز کو دیکھ رہا ہے۔ اگر جب وہ قعر عینی کی شبیہ کی تفصیل میں مشغول ہوگا تو کسی قدر اس کی طاقت توفیق ضرور کام کرے گی لہذا بہتر ہے کہ مبتدی کو شروع شروع میں اس تفصیل کی طرف بالکل توجہ نہ دلائی جائے۔

اگر شروع شروع میں طبعی بصارت والی آنکھ کے قعر عینی کے دیکھنے میں کوئی دقت پیش آوے تو مرآۃ کے پیچھے مقعر عدسے یکے بعد دیگرے لانے چاہئیں۔ یہاں تک کہ قعر عینی صاف دکھائی دینے لگے۔ قعر عینی کو دیکھ لینے کے بعد دوسری مشکلات بآسانی حل ہو جاتی ہیں۔ بلاواسطہ معائنہ میں شبیہ ہمیشہ سیدھی ہوتی ہے طول بصر والی آنکھ میں بالکل ایسا ہوتا ہے جیسا کہ معائنہ کرنے والا کسی شے کو اپنی آنکھ کے نقطہ بعیدہ پر (جو آنکھ کے ذرا پیچھے ہے) دیکھ رہا ہے۔ قصر بصر والی آنکھ میں استدقاقی شعاعیں آپس میں تقاطع کے قبل معائنہ کرنے والے کی آنکھ میں داخل ہو جاتی ہیں اور مرآۃ کے پیچھے مقعر عدسے لگانے کی وجہ سے ان کا استدقاق مناسب حد تک کم ہو جاتا ہے اسی وجہ سے شبیہ بھی سیدھی ہوتی ہے۔ طبعی انعطافی طاقت والی آنکھ سے نکلنے والی شعاعیں متوازی ہوتی ہیں اور چونکہ ان کا تقاطع لامتناہی فاصلہ پر ہوتا ہے اس لئے ان کی شبیہ سیدھی ہوتی

ہے۔ مگر یہ شبیہ ہمیشہ فی نفسہ بڑی ہونے کے علاوہ بالواسطہ معائنہ کے اعتبار سے بھی بڑی ہوتی ہے۔ طبعی انعطافی طاقت والی آنکھ کی قرص بصری کا قعر پندرہ گنا بڑا نظر آتا ہے۔ طول بصر والی آنکھ میں قعری شبیہ بڑی ضرور ہوتی ہے مگر مذکورہ آنکھ کی قعری شبیہ سے کم اور قصر بصر والی آنکھ کا قعر عینی طبعی آنکھ والے قعر سے بڑا دکھائی دیتا ہے۔

منظار العین سے دیکھنے میں قعر عینی کے دکھائی دینے والے رقبہ کا موازنہ ہم مندرجہ ذیل امور سے کر سکتے ہیں

(۱) زیر معائنہ آنکھ اور معائنہ کرنے والی آنکھ کا درمیانی فاصلہ کیا ہے۔

(۲) زیر معائنہ آنکھ کی انعطافی طاقت کیا ہے۔

زیر معائنہ آنکھ جس قدر نزدیک ہو اسی قدر یہ بڑا ہوتا ہے (اسی لئے جس قدر آنکھ سے نزدیک ہو کر معائنہ کیا جائے اسی قدر بہتر ہے) طول بصر والی آنکھ میں شبیہ بڑی۔ قصر بصر اور طبعی انعطافی طاقت والی آنکھ میں شبیہ متوسط درجہ کی ہوتی ہے۔ گویا کہ طول بصر والی آنکھ میں جس قدر بڑا رقبہ دکھائی دے حقیقتاً اتنا ہی وہ چھوٹا ہوگا اور قصر بصر والی آنکھ میں دکھائی دینے والا چھوٹا رقبہ بھی حقیقتاً بڑا ہوگا۔ سداد بصر کی حالت میں جس قطر میں زیادہ قصر بصر ہو اس کی شبیہ بڑی ہوگی اور جس قطر میں زیادہ طول بصر ہوگا اس کی شبیہ چھوٹی ہوگی۔ بسیط سداد بصر میں قرص بصری کی شبیہ بیضوی ہوتی ہے اس کا عمودی قطر بڑا ہوتا ہے۔ یہ حالت بالواسطہ معائنہ خصوصاً جس میں عدسہ آنکھ کے بہت نزدیک ہو اس کے بالکل برعکس ہوتی ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ سداد بصر میں قعر عینی کی پوری شبیہ صاف نہیں نظر آسکتی۔ بلکہ صرف اس قطر میں صاف دکھائی دیتی ہے جس کو چشمہ کے ذریعہ درست کر لیا گیا ہو۔ دونوں مخصوص قطروں کے علاوہ دوسرے اقطار میں کسی طرح بھی شبیہ صاف نہیں نظر آسکتی۔ اگر اس کا صاف نظر آنا ممکن بھی ہے تو محض اسطوانی (Cylindrical lens) اور محدب عدسوں سے مرکب عدسوں کے ذریعہ اور یہ ظاہر ہے کہ ہر مریض کے لئے ان کا فراہم کرنا ایک مشکل کام ہے۔

مذکورہ بیان سے ظاہر ہے کہ جو عدسہ مرآۃ کے پیچھے لگایا جاتا ہے وہ آنکھ کے اس چشمہ کے برابر ہو سکتا ہے جس کی ضرورت آنکھ کی انعطافی طاقت کے درست کرنے کے لئے پڑتی ہے۔ مگر یہ صرف اسی حالت میں کارآمد ہو سکتا ہے۔ جب کہ معائنہ کرنے والے کی آنکھ کی طاقت انعطافی طبعی حالت میں ہو یا اس کو درست کر کے طبعی حالت

میں کر لیا گیا ہو۔ اور اس کی طاقت توفیق سکون میں ہو۔ چونکہ طاقت توفیق کو بالکلیہ سکون میں لانا ممکن ہے اس لئے یہ طریقہ آنکھ کی انعطافی طاقت کو معلوم کرنے کے لئے صرف معمولی اندازہ کا کام دیتا ہے اور بڑی حد تک غیر اطمینان بخش ہوتا ہے۔ البتہ اگر معائنہ کرنے والا مہارت تامہ رکھتا ہو تو یہ ممکن ہے کہ صحیح طور پر معلوم کر سکے۔ بعض ماہرین بلاواسطہ طریقہ سے آنکھ کی انعطافی طاقت کو معلوم کرنے میں ید طولی رکھتے ہیں اور اسی طرح سدادبصر (Astigmatism) کو بھی درست کر سکتے ہیں۔ ان حالتوں میں پہلے وہ صرف ایک قطر کو درست کرتے ہیں گویا کہ درست کرنے والا چشمہ معائنہ کردہ قطر کے ساتھ زاویہ قائمہ بناتا ہے پھر اسی طرح دوسرے قطر کو بھی درست کر لیتے ہیں۔

قعر عینی میں اگر دو نقطے اونچی۔ نیچی سطح پر واقع ہوں یعنی دونوں نقطوں کی سطحیں ایک نہ ہوں مثال کے طور پر یہ سمجھ لیجئے کہ ایک نقطہ قرص بصری کے کنارے اور دوسرا زرق المائی قعر کی تہ میں واقع ہے تو ان کو بھی ہم بلاواسطہ طریقہ سے حرکت اختلافی Parallectic Displacement کے ذریعہ بخوبی معلوم کر سکتے ہیں۔ پہلے قرص بصری کے کنارے کو مرکز پر لاویں اگر وہ صاف دکھائی دے تو اس سے ذرا ہٹ کر معلوم ہوگا کہ یہ کنارہ زرق المائی قعر کے پیالہ کے اوپر آجاتا ہے۔ یعنی یہ الٹی طرف کو حرکت کرتا ہے۔ اب اگر کوئی مقام اس سے پرے واقع ہو تو وہ معائنہ کرنے والے کے سر کی حرکت کے خلاف جانب کو حرکت کرے گا۔ ان سطحوں کی اونچائی اور نیچائی کو ہم ناپ بھی سکتے ہیں۔

مذکورہ مثال سے ظاہر ہوتا ہے کہ قرص کا قعر اس کے کناروں کے مقابلہ میں قصر بصر والی حالت میں ہوگا اگر آنکھ طبعی حالت میں ہو تو قرص بصری صاف نظر آئے گی۔ مگر اس کے عروق کو دیکھنے کے لئے مرآۃ کے پیچھے مقعر عدسہ لگانے کی ضرورت پڑے گی۔

ہم یہ ثابت کر سکتے ہیں کہ اگر درست کر دینے والا عدسہ آنکھ کے مقدم ماسکہ پر ہو تو ۳ بصریہ طاقت کا فرق ایک ملی میٹر ابھار کے برابر ہوتا ہے۔ سطح کی اونچائی کو ناپنے کے لئے معائنہ کے وقت آنکھ سے جس قدر نزدیک ہو سکیں ہو جائیں۔ صرف اسی طریقہ سے ہم سطح کے فرق کے امتحان کے شرائط کو پورا کر سکتے ہیں۔

اگر معائنہ کرنے والے کی طاقت توفیق سکون کی حالت میں ہو اور قرص بصری کے کنارے کو دیکھنے کے لئے عدسہ کی ضرورت نہ پڑے نیز ۳ بصریہ طاقت والے عدسہ کے ذریعہ قرص بصری کے قعر کی تہ کو دیکھ سکیں تو اس کا مطلب یہ

ہوگا کہ کناروں سے اس کی تہ ایک ملی میٹر نیچے ہے۔ مذکورہ طاقت سے زیادہ طاقت کا مقعر عدسہ بھی لگایا جاسکتا ہے مگر اس کے ساتھ شرط یہ ہے کہ طاقت توفیق اس کو کسی حد تک متعادل کرتی ہے۔ لہذا جہاں تک ممکن ہو یہ دیکھنا چاہئے کہ کم سے کم طاقت والا کونسا عدسہ اس مقصد کے لئے بہتر ہے۔

اسی طرح قرص بصری کے ابھار کو بھی ہم معلوم کرسکتے ہیں مگر صاف طور پر دیکھنے کے لئے ایسا عدسہ استعمال کرنا پڑے گا جس سے اونچے سے اونچا مقام صاف طور پر نظر آجائے۔ اس میں بھی وہی قاعدہ کام آوے گا، اگر +۳ بصریہ طاقت والے عدسے سے اس کے ابھار کی چوٹی صاف نظر آتی ہے تو اس ابھار کی اونچائی ایک ملی میٹر ہوگی۔ مثال کے طور پر فرض کیجئے کہ معائنہ کرنے والا التہاب عصب باصرہ کی صورت میں اس کے ابھار کو ناپ رہا ہے تو اس وقت اس کو سب سے پہلے بڑی طاقت کا ایسا + عدسہ معلوم کرنا ہوگا جس سے قرص بصری کے نزدیک کے عروق صاف طور پر دکھائی دیں۔ اس کے بعد چوٹی کے اوپر کے عروق یا خفیف نزف الدم کو صاف طور پر دیکھنے کے لئے خاص طاقت کے عدسہ کو منتخب کرنے کی ضرورت ہوگی۔ اب ان دونوں عدسوں کے درمیانی فرق سے ابھار کی بلندی معلوم ہوجائے گی۔

مذکورہ امتحان میں طاقت توفیق کو سکون کی حالت میں رکھنے کی ضرورت ہوتی ہے گو کہ مبتدی کو اس کام میں دشواریاں پیش آتی ہیں مگر اس کو برداشتہ خاطر نہ ہونا چاہئے۔ کیوں کہ طاقت توفیق کو سکون میں لائے بغیر بھی تقریبًا صحیح نتائج حاصل ہوجاتے ہیں۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ طاقت توفیق دونوں صورتوں میں یکساں کام کرتی ہے اس لئے دونوں حالتوں کا درمیانی فرق برابر ہوتا ہے۔ عام اس سے کہ معائنہ کرنے والا طاقت توفیق کو استعمال کر رہا ہو۔ یا نہ کر رہا ہو۔

زجاجیہ میں کسی شے کا موجود ہونا اور اس کا تعین ایک بڑے غیر شفاف دھبے کی وضع ویسے ہی ہوتی ہے جیسی کہ طول بصر والی آنکھ کے قعر عینی کی۔ اگر آنکھ طبعی ہو اور اس کے دیکھنے میں کسی درست کرنے والے عدسہ کی ضرورت نہ پڑے تو اس کو دیکھنے کے لئے یا تو معائنہ کرنے والے کو اپنی طاقت توفیق کے استعمال کی ضرورت ہوگی یا مرآۃ کے سامنے خفیف طاقت کا محدب عدسہ لگانا ہوگا۔ یا معائنہ کرنے والے کو آنکھ سے ذرا فاصلہ پر بیٹھنا ہوگا۔ ان تمام باتوں سے ظاہر ہوتا ہے کہ طبعی بصارت والی آنکھ کے اندرونی حالات دیکھنے کے لئے۔ سے لے کر +۲ بصریہ طاقت والے

عدسے کے ذریعہ قرنیہ سے قعر عینی تک ہر شے کو بآسانی صاف طور پر دیکھا جا سکتا ہے۔ مگر اس امتحان میں غیر شفاف مقامات کے دیکھنے کا انحصار ان ہی غیر شفاف مقامات کی وجہ سے رُکنے والی روشنی کی مقدار یعنی ان غیر شفاف مقامات کی دبازت اور موٹائی پر نیز اس امر پر ہے کہ کس قدر روشنی ان کی سطح سے منعکس ہوتی ہے اگر یہ مقامات بہت دبیز اور موٹے ہوں گے تو سُرخ انعکاس میں سیاہ نظر آئیں گے اور اگر نیم شفاف ہوں گے تو سرخی یا سفیدی مائل دکھائی دیں گے جس کا انحصار اس روشنی پر ہوگا جو قعر سے واپس آتے ہوئے ان کی وجہ سے رُکتی ہے۔ اکھڑا ہوا شبکیہ سُرخ یا سفید دکھائی دیتا ہے اور اس کی سُرخی یا سفیدی شبکیہ کے شفاف یا غیر شفاف ہونے پر منحصر ہوتی ہے۔ اگر روشنی اس کی سطح سے زیادہ منعکس ہو تو اس پر عروق کی تفصیل بھی صاف نظر آتی ہے ورنہ بالکل سیاہ دکھائی دیتی ہے۔

قعر عینی Fundus Oculi

اگر ہم قعر عینی کو بالواسطہ طریق معائنہ سے دیکھیں تو یہ چمکدار سُرخ رنگ کا دکھائی دیتا ہے اس کی خاص وجہ مشیمیہ کے اندر دورہ کرنے والا سرخ خون ہے۔ سیاہ فام لوگوں میں شبکیہ کے ملون بشرہ کی وجہ سے مشیمی عروق بالکل نہیں نظر آتے کیوں کہ اس رنگ کی وجہ سے اُن کی تفصیلات کی توضیح نہیں ہوتی۔ مگر اس کے باوجود خون کا رنگ سُرخ دکھائی دیتا ہے۔

قرص بصری Optic Disc

قعر عینی کے معائنہ میں سب سے پہلے قرص بصری کو دیکھنا چاہیے۔ اگر مریض ذرا سا اپنی ناک کی طرف دیکھے تو معائنہ کرنے والے کو یہ نظر آ جاتی ہے۔ سُرخ انعکاس قرص بصری کے سامنے آنے کے وقت بدل کر سفید نظر آتا ہے اور قرص بصری صاف طور پر نظر آنے لگتی ہے بشرطیکہ معائنہ کے متعلقہ ہدایتوں پر عمل کیا جائے۔

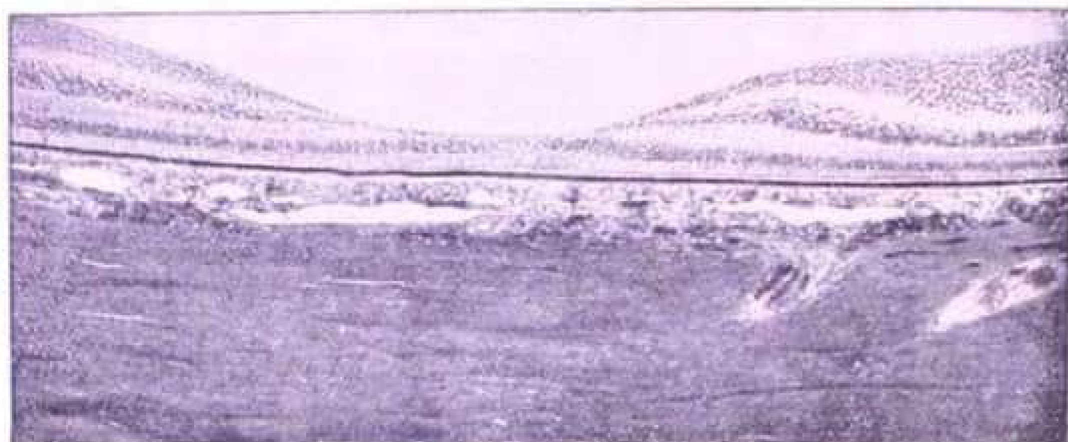
قرص بصری ہلکے گلابی رنگ کی ہوتی ہے طبعی حالت میں اس کا رنگ مختلف افراد میں کسی حد تک مختلف ہو سکتا ہے۔ یہ عموماً دائرہ نما ہوتی ہے لیکن مکمل اور صحیح دائرہ کی صورت میں شاذ و نادر ہی دیکھنے میں آتی ہے اس کا قطر تقریباً ۵ر۱ ملی میٹر ہوتا ہے مگر ہم کو چوں کہ قرص بصری بڑی دکھائی دیتی ہے اس لئے صحیح طور پر اس کی یہ تعیین درست نہیں۔ یہ خیال ہے کہ سداد بصری کی حالت میں اس کی شکل بیضوی ہوتی ہے اور کنارے

صاف مگر بعض اوقات بے قاعدہ بھی دیکھے جاتے ہیں۔ عموماً بوڑھوں میں گلابی قرص کے چاروں طرف باریک سفید حلقہ نظر آتا ہے جو نی نفسہٖ صلبیہ کا حلقہ ہوتا ہے اس کی وجہ یہ ہے کہ شبکیہ وشیمیہ کی بشری تلوین کنارے تک نہیں پہونچتی۔ اس لئے شبکیہ کے اندر سے صلبیہ صاف نظر آتا ہے۔ بعض اوقات قرص کے چاروں طرف سیاہ رنگ کا حلقہ پایا جاتا ہے جس کا سبب یہ ہے کہ شبکیہ کا ملوّن بشرہ یہاں پر دبیز ہوتا ہے اور کبھی قرص کے چاروں طرف دائرہ کے حصص کے اندر سیاہ دھبے نظر آتے ہیں۔ مگر یہ مسلسل اور ایک دوسرے سے ملے ہوئے نہیں ہوتے اور نہ مرضی حیثیت سے ان کو کچھ اہمیت حاصل ہے۔

قرص بصری سب کی سب گلابی رنگ کی نہیں ہوتی۔ بلکہ اس کا مرکزی حصہ ہلکے رنگ کا ہوتا ہے جس کا بالکل سفید ہونا بھی ممکن ہے۔ اگر یہ سفید ہوگا تو قرص کے صدغی کنارے تک سفیدی پائی جائے گی مگر کنارے تک شاذ و نادر ہی پہونچتی ہے۔ اسی لئے قرص کی صدغی جانب ہلکے رنگ کی ہوتی ہے۔ مرکزی شریان اس کے سفید رقبہ کے درمیان سے نکلتی ہیں۔ غور سے دیکھنے پر معلوم ہوگا کہ یہ مقام (قرص بصری) اُتھلا قیف نما ہوتا ہے۔ اس کو ہم طبعی قعر قرصی (Physiological cup) کہتے ہیں۔ اس قعر کی گہرائی مختلف آنکھوں میں مختلف ہوتی ہے اگر یہ بہت گہرا ہو تو اس کا مرکزی حصہ خاکستری اور دھبّہ دار ہوتا ہے گویا کہ یہ طبقہ مصفویہ (Lamina cribrosa) کے اندر سوراخ ہیں جن میں سے عصبی الیاف گذر کر آنکھ کے اندر آتے ہیں۔ بعض اوقات قرصی قعر کی حالت بالکل غیر طبعی ہوتی ہے۔ ایسی صورت میں قرص کا رنگ یکساں گلابی ہوتا ہے اور مرکزی عروق سطح پر پہونچنے سے پہلے ہی منقسم ہوتے ہوئے معلوم ہوتے ہیں۔ اگر ہم کسی مردہ شخص کی آنکھ کو لے کر قرص بصری کے خوردبینی کٹاؤ کا معائنہ کریں تو اس کے طبعی قعر کو ہم بخوبی دیکھ سکتے ہیں۔

طبقہ مصفویہ کے اندر سفید الیاف جب اُن عصبی الیاف کے اندر سے چمکتے ہیں جن کے اندر عروق شعری کا کسی حد تک جال ہوتا ہے تو ان الیاف کا رنگ گلابی نظر آتا ہے۔ قرصی قعر کے مرکز میں جہاں پر عصبی الیاف کم از کم ہوتے ہیں وہاں پر طبقہ مصفویہ زیادہ سفیدی مائل چمک دار نظر آتا ہے۔ طبقہ مصفویہ میں سوراخوں کے اندر سے نکلے ہوئے عصبی الیاف مقابلتاً خاکستری معلوم ہوتے ہیں اور صلبیہ کے وہ الیاف جن سے طبقہ مصفویہ بنتا ہے وہ بالکل سفید ہوتے ہیں۔

۹۳

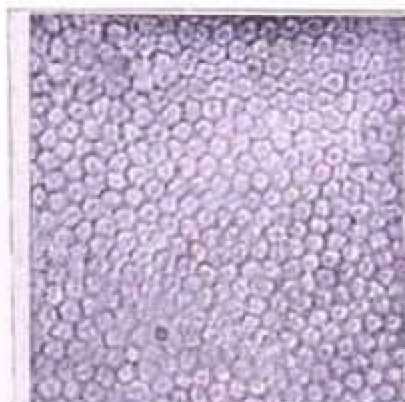


بقعۂ صفراوی کا حفیرۂ مرکزی

۱۰۳ (B)



آنکھ کو استدقاقی حالت میں لانا



شبکیہ کے حسی اجزاء کا فرش

شبکیہ کے عروق دموی
Retinal vessels

شبکیہ کی شریانیں مرکزی شرائین کی شاخیں ہوتی ہیں۔ جو عموماً قرص بصری کی سطح پر دو شاخوں میں منقسم ہو جاتی ہیں۔ ان کی دونوں شاخوں میں سے ایک اوپر کو اور دوسری نیچے کو جاتی ہے اور ان دونوں شاخوں میں سے ہر ایک دو شاخوں میں پھر منقسم ہوتی ہے جن میں سے ایک اوپر یا نیچے صدغی جانب کو جاتی ہے اور دوسری اوپر یا نیچے انفی طرف کو۔

ان کو ہم بالائی و زیریں صدغی و انفی شرائین کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔ یہ شاخیں پھر دو شاخوں میں تقسیم ہوتی ہیں اور ان کی تقسیم کا یہی سلسلہ جاری رہتا ہے یہاں تک کہ قعر کے آخری کنارے تک پہونچ جاتی ہیں۔ ان شریانوں کو ہم اس طرح پہچانتے ہیں کہ یہ بمقابلہ وریدوں کے ہلکے سرخ رنگ کی اور ان سے پتلی ہوتی ہیں۔ وریدوں کا رنگ بنفشئی ہوتا ہے اور یہ پیچیدار ہوتی ہیں۔ منظار العین سے جب ہم معائنہ کرتے ہیں تو ہم کو صرف خون نظر آتا ہے۔ عروق کی دیواریں شفاف ہونے کی وجہ سے نظر نہیں آتیں۔ ان عروق کی دیواروں کی پوری لمبائی میں ایک سفید چمکدار خط سا دکھائی دیتا ہے۔ جو عروق کی محدب اور گول دیواروں پر انعکاس کی وجہ سے نظر آتا ہے۔ یہ خط شرائین کی دیواروں کی پوری لمبائی میں خصوصیت کے ساتھ دکھائی دیتا ہے۔

مرکزی شریان اور ورید دونوں جیسا کہ اوپر ذکر ہو چکا ہے پہلی مرتبہ دو شاخوں میں منقسم ہوتی ہیں اور انفی شاخیں زیادہ تر شعاعی طور پر پھیلتی ہیں مگر صدغی شاخیں ذرا منحنی طریقہ پر اس وجہ سے پھیلتی ہیں تاکہ بقعہ صفراوی کے گرد ہو کر گذریں۔

بقعہ صفراوی (Macula lutea)

بقعہ صفراوی کا مقام ۳ ملی میٹر یا قرص بصری کی چوڑائی کے دوگنا فاصلہ کے قریب قرص کے کنارے سے صدغی جانب کو اس کے افقی قطر کی سطح سے ذرا نیچے کو ہوتا ہے۔ بغیر کسی باسط حدقہ دوا کے استعمال کئے ہوئے بقعہ صفراوی کا دیکھنا مشکل ہے کیوں کہ جب اس مقام پر روشنی پڑتی ہے تو انعکاسی طور پر حدقہ اور زیادہ سکڑ جاتا ہے۔ حدقہ کے سکڑنے کے علاوہ قرنوی انعکاس بھی اس کو صاف طور پر دیکھنے میں مانع ہوتا ہے۔ لہذا اس کے دیکھنے کے لئے بہتر ہے کہ روشنی بہت کم مقدار کی استعمال کی جائے۔

ذیل کی وجوہ سے بقعہ صفراوی کی شکل مختلف ہو سکتی ہے

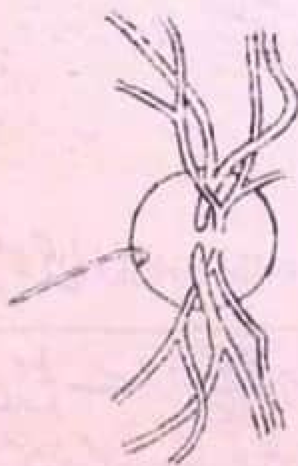
(۱) روشنی کی کمی و بیشی

(۲) آنکھ کی انعطافی طاقت کی کمی و بیشی

(۳) مریض کا رنگ

عموماً یہ مقام اپنے قرب و جوار کے قعر کے رنگ کی بہ نسبت اتنا گہرے سرخ رنگ کا ہوتا ہے کہ بعض اوقات سیاہ نظر آتا ہے۔ حفیرہ مرکزی کی دیواروں سے انعکاس نوری کی وجہ سے یہ مقام صاف نظر آسکتا ہے۔ عموماً چاندی کے چمکتے ہوئے ایک حلقہ کی صورت میں دکھائی دیتا ہے۔ گول یا بیضوی بھی ہو سکتا ہے اور بعض اوقات نہایت روشن نشان حفیرہ مرکزی کے نزدیک نظر آتا ہے۔ اور یہ بھی انعکاس نوری کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے بقعہ صفراوی پر گہرے سرخ رنگ کے نظر آنے کی وجہ یہ ہے کہ اس جگہہ پہ شبکیہ بہت پتلا ہوتا ہے اور اس مقام کے مشیمیہ میں عروق شعریہ بکثرت پائے جاتے ہیں جو نیلے شبکیہ میں سے صاف دکھائی دیتے ہیں۔

حفیرہ مرکزی کے کنارے سے سایہ پڑنے کی وجہ سے بھی بقعہ صفراوی کا رنگ گہرا سرخ نظر آتا ہے بقعہ صفراوی کے اندر کی شرائین بالائی و زیرین صدغی شریانوں (Superior inferior arteries کی شاخیں ہوتی ہیں اور ان کے علاوہ بعض عروق بقعہ صفراوی کے اندر قرص بصری سے بلا واسطہ بھی آتے ہیں۔ حفیرہ مرکزی کے اندر عروق بالکل نہیں ہوتے منظار العین کے ذریعہ اس کے چاروں طرف کچھ دور تک عروق بالکل نہیں دکھائی دیتے۔ بقعہ صفراوی کی طرف ہدبیہ و شبکیہ والی شرائین بھی بعض اوقات آکر اس کو سیراب کرتی ہیں یہ شرائین ہدبی کی شاخیں ہوتی ہیں جو قرص بصری کے کنارے سے شروع ہوتی ہیں اور اندر کی طرف جا کر باہر کی طرف مڑ جاتی ہیں اور بقعہ صفراوی کی طرف چلی جاتی ہیں۔



شکل نمبر ۹۳

شبکیہ و ہدبیہ کی شرائین

قعرعینی General fundus

طبعی حالت میں مختلف اشخاص کا قعرعینی مختلف ہو سکتا ہے۔ اس کے اختلاف کا انحصار مریض کے رنگ پر ہوتا ہے۔ کیونکہ اسی پر انسان کے جسم میں مختلف مقامات پر تلوین کا دارومدار ہوتا ہے۔

جن اشخاص کا رنگ نہ زیادہ سیاہ اور نہ زیادہ کھلا ہوا ہوتا ہے۔ ان میں شبکی عروق کے درمیانی مقامات پر سرخی یکساں معلوم ہوتی ہے مگر بسا اوقات نہایت ہلکی نقطہ دار کیفیت پائی جاتی ہے اور یہ کیفیت محیط کی طرف خصوصیت کے ساتھ ہوتی ہے۔ بہت زیادہ غیر طبعی بھورے رنگ والے آدمیوں میں مشیمی عروق صاف نظر آتے ہیں۔ کیوں کہ ان کے درمیانی حصص سفید ہوتے ہیں۔ اور تلوین کی کمی کی وجہ سے صلبیہ ان کے درمیان چمکتا ہوا نظر آتا ہے۔ بہت زیادہ سیاہ فام لوگوں میں قعرعینی گہرا سرخ رنگ کا ہوتا ہے اور مشیمی عروق روشن سرخ غیر متشخص اور بے تغیر خطوط کی صورت میں نظر آتے ہیں بعض اوقات مشیمی عروق کے درمیان تلوین بہت زیادہ گہری ہوتی ہے یا شبکیہ کے ملون البشرہ کے اندر رنگ بہت کم ہوتا ہے۔ مشیمیہ کے اندر رنگ بہت گہرا ہوتا ہے اس صورت میں مشیمی عروق ایک دوسرے سے الگ الگ مختلف الاضلاع رنگین رقبوں کی صورت میں نظر آتے ہیں۔ اگر مشیمیہ اور شبکیہ دونوں کے عروق دکھائی دیتے ہوں تو ان کو علٰحدہ علٰحدہ تمیز کرنا کچھ مشکل نہیں ہوتا۔

مشیمی عروق زیادہ چوڑے فیتہ نما نظر آتے ہیں۔ جن کے اندر مرکزی انعکاسی چمکدار لکیر دکھائی نہیں دیتی عموماً یہ ایک دوسرے کے ساتھ متصل ہوتے ہیں۔

شبکیہ کے عروق ایک دوسرے کے ساتھ شاخوں کے ذریعہ متصل نہیں ہوتے۔ اور بعض بعض حصص میں ان کی تقسیم مخصوص ہوتی ہے۔

قعرعینی کی تفصیلات بلا واسطہ طریق معائنہ سے زیادہ واضح نظر آتی ہیں۔ ہاں اگر زیر معائنہ آنکھ میں قصر بصر لاحق ہو تو اس صورت میں قعرعینی اس قدر بڑا ہوتا ہے کہ چھوٹے چھوٹے حصہ کے اندر بھی کوئی خاص مقام صاف طور پر نظر نہیں آتا۔ طبعی حالت میں شبکیہ کی شریانوں میں ضربان نہیں دکھائی دیتا۔ قرصی کنارے کے نزدیک شبکیہ کی وریدوں میں ضربان پایا جاتا ہے یعنی وریدوں میں اس مقام پر ضربان دکھائی دیتا ہے۔ جہاں پر وریدیں مڑنے میں بہت چھوٹا زاویہ بناتی ہیں۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ ان میں ضغطہ دموی منتقل ہوتا ہے۔ قرص بصری پر ورید

میں کم سے کم ضغط پایا جاتا ہے۔ طبقہ مصفو یہ کے اندر سے گذرنے میں ان کے اندر کسی قدر رکاوٹ بھی ہوتی ہے۔ شریانی ضربان کے وقت تو ترعین عام طور پر بڑھ جاتا ہے جس کی وجہ سے وریدوں کی دیواروں پر باہر کی طرف دباؤ بڑھ جاتا ہے۔ اس طرح سے گویا آنکھ سے باہر نکلنے میں خون کے راستوں میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے اور وریدوں کی دیواریں کسی قدر دب جاتی ہیں۔ مگر شریانی انبساط کے وقت یہ دباؤ کچھ کم ہو جاتا ہے۔ اسی وجہ سے جب ان کے اندر ضربان پیدا ہوتا ہے تو وہ معلوم ہوتا ہے اور یہ ضربان اس وقت نمایاں طریقہ پر معلوم ہوتا ہے جب کہ دل کے نزدیک وریدوں کے اندر کم سے کم ضغط ہو۔ دوسرے الفاظ میں اس کا مطلب یہ ہے کہ آنکھ کے اندر قرص بصری پر ضغط دموی کم ہونے کے علاوہ اُلٹے دوران خون کے راستے میں کسی حد تک رکاوٹ بھی پائی جائے۔ یہ حالت طبقہ مصفو یہ پر اور ہر اس مقام پر جہاں وریدیں مڑنے میں نہایت چھوٹا زادیہ بناتی ہیں۔ زیادہ پائی جاتی ہے

اگر وریدی ضربان غائب ہو تو اس کو ہم مقلہ عین پر دباؤ ڈال کر نمایاں کر سکتے ہیں جس کی وجہ سے تو ترعین بڑھ جاتا ہے۔ طبعی ضربان وریدی کو بغیر کسی دباؤ کے ۷۰ سے ۸۰ فی صدی مریضوں میں ہم دیکھ سکتے ہیں۔ مگر یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ یہ ضربان انبساطی ہوتا ہے۔ اس لئے اس کا نام منفی وریدی نبض Negative venous pulse رکھا جاتا ہے۔

مرضی حالت میں وریدی ضربان دو قسم کا دیکھا جاتا ہے۔

(۱) مثبت وریدی نبض (Positive venous pulse) یہ قلب کے بائیں بطن کے انقباض سے ذرا پہلے ہوتا ہے اور کسی حد تک اس کے انقباض کے وقت تک رہتا ہو اس کی وجہ یہ ہے کہ Tricuspid valve صمام ثلاثیت الروس کے اندر سے خون واپس آتا ہے اور ورید عنقی کے اندر صمام نہ ہونے کی وجہ سے اس میں منتقل ہو جاتا ہے۔

(۲) وہ ضربان جو شرائین سے عروق شعریہ کے ذریعے وریدوں میں منتقل ہوتا ہے۔ اس کا سبب تو ترعین ہے احتقان وریدی میں یہ حالت پائی جاتی ہے خواہ اس کے ساتھ تو ترعین زیادہ ہو یا نہ ہو۔

شریانی ضربان اگر آنکھ کے اندر دکھائی دے تو اس کو مرضی حالت سمجھنا چاہیے۔ حیوانوں میں شریان ساطی

یا شریان عینی سے صرف چند ملی میٹر سیمابی ضغط زیادہ ہوتا ہے۔ مگر انسانوں میں شریان عینی کا ضغط تو ترعین سے بہت زیادہ ہوتا ہے۔ اس لئے اگر ضغط منتقل ہو کر آنکھ کے اندر بھی دکھائی دے تو کوئی تعجب کی بات نہیں۔ مگر دو وجہیں ایسی ہیں جو اس کے خلاف ہوتی ہیں۔ ان کو ہم ذیل میں بیان کرتے ہیں۔

(۱) تو ترعین ضربان کو بڑی حد تک کم کر دیتا ہے۔ اور ہر شریانی ضربان کی وجہ سے جو ضغط بڑھتا ہے وہ پوری آنکھ کے اندر پھیل کر اور لچک دار صلبیہ میں منتقل ہو کر شریان کے اندر ضربان کو مفقود کرنے میں ممد ثابت ہوتا ہے۔

(۲) مذکورہ وجوہ سے کم ہونے کے بعد بھی جو ضربان پایا جاتا ہے وہ اس قدر کم ہوتا ہے کہ منظار عین سے چھوٹے عروق میں دکھائی نہیں دیتا۔

مرضی حالتوں میں شریانی ضربان دو قسم کا ہوتا ہے۔ ایک تو نبضۂ صادق جس کے ساتھ عروق کے اندر حرکت ہوتی ہے اور دوسرا وہ ضغطی ضربان جو خون کے رک رک کر بہنے کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ موخر الذکر میں شریانیں صرف انقباض قلب کے ساتھ بھرتی ہیں اور درمیانی وقفہ میں خالی ہو جاتی ہیں۔ یہ حالت صرف قرص بصری پر پائی جاتی ہے۔ اس کو ہم مقلۂ عین پر دباؤ ڈال کر مصنوعی طور پر بھی پیدا کر سکتے ہیں۔ یہ ضربان صرف ضغطی کیفیت کا نتیجہ ہوتا ہے اور تو ترعین کے زیادہ ہونے پر جب کہ ضغط دموی طبعی یا اس سے کم ہو تو پیدا ہوتا ہے۔ مثال کے طور پر زرق الماء کو پیش کیا جا سکتا ہے۔ جب ضغط دموی بہت کم ہو جائے اور تو ترعین طبعی حالت میں ہو تو بھی یہ کیفیت پائی جاتی ہے۔ مثلاً بحری سلعات یا قلبی غشی (Syncope) میں ایسا ہی ہوتا ہے۔

قلس اورطی۔ انورسما اور رجوع الیعین کی حالت میں صادق ضربان پایا جاتا ہے اور صرف قرص بصری تک محدود نہیں رہتا۔ یہ بھی ایک سطحی کیفیت ہے۔ تو ترعین اور عمومی ضغط دموی کی حالتوں میں فرق بہت کم ہوتا ہے۔ عروق شعریہ کے اندر ضربان صرف قلس اور طی کی صورت میں پایا جاتا ہے۔ قلب کے انقباض کے وقت سرخی اور انبساط کے وقت زردی قرص بصری پر عیاں ہوتی ہے۔

قعر عینی کے معائنہ میں معائنہ کے مختلف درجات کو ترتیب وار انجام دینا چاہیئے۔

بالواسطہ معائنہ سے ہم عمومی حالت کی تصویر دیکھتے ہیں۔ اس مقصد کے لئے مریض سے اس طرح دیکھنے کو

کہیں کہ قرص بصری سامنے آجائے۔ اس وقت معائنہ کرنے پر قرص بصری مرکز میں آجائے گی۔ پھر اس کے گرد قعر عینی کا کچھ حصہ صاف نظر آئے گا۔ اور ہر غیر طبعی حالت کو جو نمایاں ہو ہم معائنہ کرکے معلوم کرسکیں گے۔ قرص بصری کی شکل۔ اس کا رنگ۔ عروق دموی کا نظام۔ مشیمی انعکاس کا رنگ اور اس کی کیفیت۔ غیر طبعی نمایاں حالتیں مثلاً لونی رقبہ جات یا سفید دھبے وغیرہ سب نظر آجائیں گے۔ ان چیزوں کے دیکھنے کے لئے مریض سے چھت کی طرف دیکھنے کو کہا جائے۔ پھر دائیں بائیں اور آخر میں نیچے کی طرف دیکھنے کی تاکید کی جائے جب مریض نیچے کی طرف دیکھ رہا ہو تو اس وقت اس کی بالائی جفن کو عدسہ والے ہاتھ کی ایک انگلی سے اوپر کو اٹھائے رکھیں۔ ورنہ جفن حدقی رقبہ کو ڈھانکے رہے گی۔ مذکورہ بالا طریقہ سے گویا ہم کو قعر عینی کے محیطی حصص دکھائی دیتے ہیں۔ قعر عینی کے مرکزی حصے کا رنگ یکساں ہونے کے باوجود محیطی حصوں میں مشیمی عروق نظر آتے ہیں اور اس حصہ میں تلوین کبھی کم اور کبھی زیادہ ہوتی ہے۔ غور کے ساتھ معائنہ کرنے کے بعد محض بلاواسطہ طریقہ سے ہم یہ فیصلہ کرسکتے ہیں کہ آیا یہ حالت طبعی ہے یا مرضی۔ اس کے علاوہ اس طریقہ سے ہم رتوندوالی حالت کا صحیح اندازہ بھی کرسکتے ہیں۔ مذکورہ طریقہ پر عمومی معائنہ سے بھی تمام باتیں معلوم کی جاتی ہیں۔ اور اگر بالواسطہ معائنہ کے فیصلے مشکوک ہوں تو اس سے ان کی تصدیق بھی کی جاتی ہے۔ قرص بصری کی تفصیلات۔ طبعی اور مرضی قرصی قعر۔ قرص کے کناروں کا صاف نہ ہونا یا پھولا ہوا ہونا۔ اس کے کناروں پر ہلالی شکل کی موجودگی وغیرہ کا بغور معائنہ کرنا چاہئے۔ اور اس کے بعد عروق کو غور سے دیکھنا چاہئے۔ ان کی ترتیب یا تقسیم میں اگر کوئی غیر طبعی حالت ہو تو اس کو نوٹ کرنا ضروری ہے۔ شبکیہ کے عروق نیز ہدبی عروق کو دیکھا جائے کہ وہ موجود ہیں یا نہیں انفرادی طور پر عروق کا نسبتی حجم۔ ان کے اندر کی بے قاعدگی۔ اور ان کی پیچیدگی وغیرہ کو دیکھنا چاہئے۔ ان کی دیوار کے گرد سفید لکیریں دکھائی دیتی ہیں یا نہیں۔ ان عروق کا معائنہ کرتے ہوئے محیط تک پہونچ کر وہاں کے چھوٹے عروق کو دیکھنا چاہئے۔ عروق کے نزدیک نزف الدم اور ارتشاحی سفید دھبوں کو غور سے معائنہ کریں۔ اس کے بعد بقعہ صفراوی کو دیکھیں۔ اس کے دیکھنے کے لئے مریض کو تاکید کریں کہ وہ منظار العین کی روشنی کی طرف دیکھے تاکہ بقعہ صفراوی سامنے آجائے۔ اس کے معائنہ کو ہرگز نہ بھولنا چاہئے۔ اگر مریض کی آنکھ میں باسط حدقہ کوئی دوا ڈالی گئی ہو یا مریض کی حدقی حرکات مرض کی وجہ سے زائل نہ ہوئی ہوں تو روشنی کو کم کردینا چاہئے تاکہ حدقی انعکاس

کم از کم ہو۔ اس طریقہ سے معائنہ کرنے میں قرنوی انعکاس بہت زیادہ راستے میں آتا ہے۔ لہذا اس کو ہٹا کر معائنہ کرنا چاہیئے۔

بقعہ صفراوی کے اندر یا اس کے نزدیک ہر قسم کی طبعی حالتوں کو غور سے دیکھنا چاہیئے۔ انعکاس یا سایہ سے سفید یا سیاہ دھبوں کی تفریق ذرا مشکل امر ہے۔

اگر اُن کی حالت ہمیشہ یکساں رہے، اور خفیف سے خفیف حرکات پر بھی یہ اپنی جگہ سے حرکت نہ کریں تو یہ کیفیت مرضی ہوگی۔ آخر میں قعرعینی کے محیطی حصہ کو غور سے دیکھیں۔ معائنہ کرنے والے کو غور سے یہ دیکھنا ضروری ہے کہ کس قدر وہ آسانی سے دیکھ سکتا ہے ہم کو معلوم ہے کہ مقلی استوار سے آگے کا حصہ بہت کم دکھائی دیتا ہے یعنی صرف حافہ مسننہ کے پاس کا کچھ حصہ ہم دیکھ سکتے ہیں۔

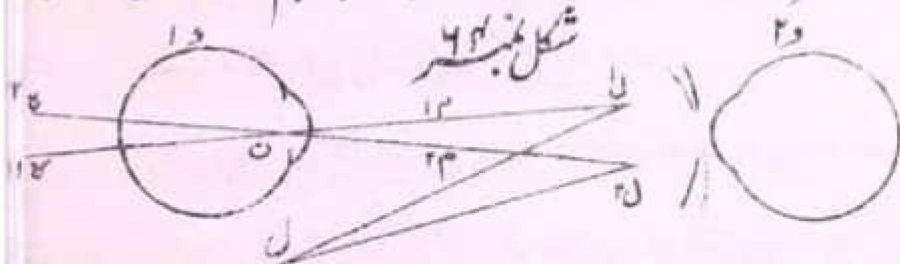
طبعی نظر والی آنکھ کا قعری محیط دیکھنے کے واسطے بھی کم طاقت کا عدسہ استعمال کرنا چاہیئے۔ کیوں کہ شعاعیں عدسہ میں سے گذر کر کچھ ٹیڑھی ہو جاتی ہیں۔

قعرعینی کے انعکاس کا معائنہ
Retinoscopy

آنکھ کی انعطافی طاقت معلوم کرنے کے لئے منظار العین کے ذریعہ شبکیہ کے انعکاس کا معائنہ ہم پہلے بیان کر چکے ہیں اور یہ بھی بتا چکے ہیں کہ آنکھ کی انعطافی طاقت کو معلوم کرنے کے کئی طریقے ہیں۔ اگر تیزی بصارت کا ہم باقاعدہ معائنہ کریں تو اسی دوران میں ہم کو یہ معلوم ہو جائے گا کہ انعطافی حالت میں کوئی خرابی ہے یا نہیں؟ ایک میٹر کے فاصلہ سے منظار العین کے مرآۃ سے معائنہ کرنے پر شبکیہ کے عروق وغیرہ دکھائی دیتے ہیں اس سے بھی انعطافی حالت کا اندازہ لگایا جا سکتا ہے۔ اب ہم یہ بتاتے ہیں کہ اس طریقہ سے صحیح نتائج کیوں کر استنباط کئے جا سکتے ہیں۔ بالواسطہ معائنہ سے بھی صحیح طور پر طاقت انعطافی کا اندازہ لگا سکتے ہیں بشرطیکہ بڑے عدسے کو آنکھ سے دور ہٹاتے وقت قرص بصری کے حجم کے بڑھنے کو غور سے دیکھتے رہیں۔ بلاواسطہ طریقہ سے انعطافی طاقت کا صحیح اندازہ اس وقت لگایا جا سکتا ہے جب کہ معالج اپنی طاقت توفیق کو ارادے کے ماتحت سکون میں لے آئے۔

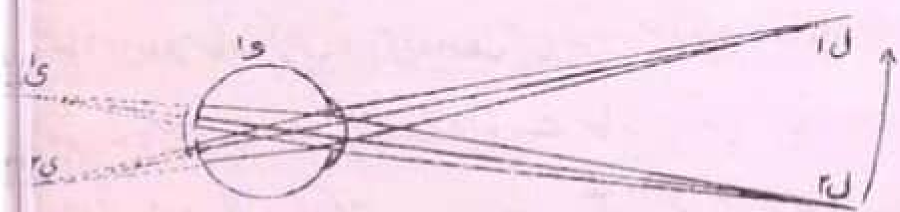
آنکھ کی طاقت انعطافی کو معلوم کرنے کے لئے ہمارے پاس شبکیہ کے انعکاس یا شبکیہ کے سایہ کا امتحان ایک صحیح اور مرئی طریقہ ہے۔ جب ہم روشنی کو کسی مرآۃ سے منعکس کر کے آنکھ میں ڈالتے ہیں تو روشنی کی شعاعوں کا

حدقۂ عین میں ایک طرف کو حرکت کرنا آنکھ کی انعطافی طاقت پر منحصر ہوتا ہے۔ حقیقتاً یہی اس طریقہ کا بنیادی اصول
اگر روشنی کسی قصر بصر والی آنکھ میں ڈالی جائے اور اس مقصد کے لئے ایک میٹر کے فاصلہ سے مقعر مراۃ استعمال کیا جا
تو روشنی یا سایہ حدقہ کے اندر ایک طرف سے دوسری طرف کو اس وقت حرکت کرتا ہے جب کہ ہم منظار العین کے مراۃ کو
ذرا سا حرکت دیتے ہیں مگر اس سایہ کی حرکت اس طرف کو ہوتی ہے جس طرف کو مراۃ حرکت کر رہا ہو۔



مقعر مراۃ کے ذریعہ قعر عینی کے انعکاس کا معائنہ۔ و۔ زیر معائنہ آنکھ۔ وَ معائنہ کرنے والے کی
مراۃ سے معائنہ کرنے پر نور کے ماخذ ت کی شبیہ لَ پر بنتی ہے۔ اگر وَ زیر معائنہ آنکھ طول بصر والی ہو تو لَ کی شبیہ مجازی
اور اسی خط پر واقع ہوگی جو لَ اور ت سے بنتا ہے اور نقطہ تقاطع سے گذرتا ہے گویا کہ شبیہ کا مقام لٗ ہوگا۔ اور اگر زیر
آنکھ قصر بصر والی ہو تو م پر شبیہ الٹی مگر حقیقی ہوگی۔ اگر مراۃ نیچے کی طرف بڑھایا جائے جیسا کہ نقطہ دار لکیروں
سے ظاہر کیا گیا ہے تو لَ لٗ پر اور ۂ پر پہونچ جائے گا۔ اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ سایہ کی حرکت طول
اور قصر بصر میں ایک دوسرے کے خلاف ہوتی ہے۔

اگر اس وقت مسطح مراۃ آنکھ میں روشنی ڈال کر مراۃ کو حرکت دیں تو یہ سایہ مراۃ کی حرکت کے خلاف حرکت کرتا ہے۔ مگر جب آنکھ میں طول بصر لاحق ہو تو سایہ کی حرکت مقعر مراۃ کے خلاف ہوتی ہے
اور مسطح مراۃ کے موافق۔ اور اگر آنکھ کی بصارت طبعی ہو یا آنکھ میں خفیف قصر بصر کی حالت ہو تو سایہ بالکل معلوم
ہی نہیں ہوتا۔ ایسی صورت میں یا تو حدقہ عین بالکل روشن ہوتا ہے یا بالکل تاریک۔ حدقہ عین میں روشنی کا دکھائی
دینا دراصل قعر عینی کی غیر صاف شبیہ ہے جس کو معائنہ کرنے والا حدقہ کے معائنہ کے وقت اپنی طاقت توفیق کے استعمال سے دیکھتا ہے۔ اور سایہ صرف اس کنارے کی شبیہ ہی جو روشن رقبہ کو گھیرتا یا محدود کرتا ہے۔



تصویر نمبر ۹۵ - اس تصویر میں طول بصر والی آنکھ میں شعاع وادۂ اور میدان تنویر کو ظاہر
کیا گیا ہے۔ اس میں لَ کی شبیہ یَ پر لَ کی شبیہ یَ پر بنتی ہے اور وَ کے حدقہ
سے میدان تنویر کو ہم پوری طرح تمیز کرتے ہیں۔

اب ہم فرض کرتے ہیں کہ ایک آنکھ جس کی طاقت توفیق ایٹروپین سے مسترخی کر دی گئی ہے اس کے سامنے ایک روشن
مقام ہے پس اس روشن نقطہ سے آنکھ میں داخل ہونے والی شعاعیں آنکھ کے انعطافی واسطوں میں سے گذر

کی وجہ سے استدقاقی ہو جائیں گی۔ جن کی وجہ سے قرعینی (شبکیہ) کا ایک دائرہ نما حصّہ جو آنکھ کی انعطافی طاقت کے لحاظ سے کم و بیش ہو سکتا ہے۔ وہ روشن ہو جائے گا۔ اب اگر روشن نقطہ اوپر کی طرف کو حرکت کرے تو شبکیہ پر کی روشنی نیچے کی طرف کو حرکت کرے گی۔

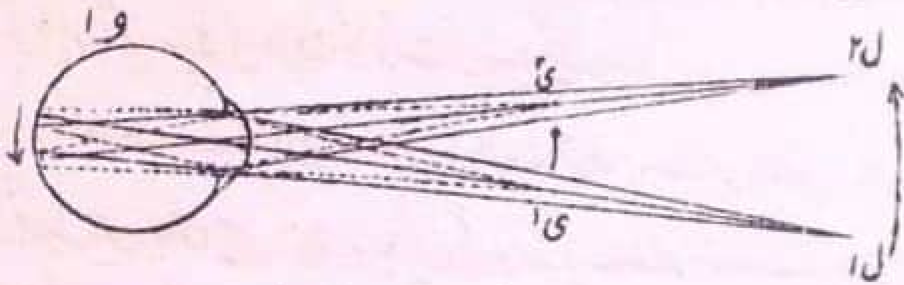
(الف) اب ہم ان شعاعوں کی طرف متوجہ ہوتے ہیں جو اس روشن نقطہ سے منعکس ہوتی ہیں۔ چنانچہ طول البصر والی آنکھوں میں یہ شعاعیں متسع ہو جائیں گی۔ اور ایک ایسے نقطے سے آتی ہوئی معلوم ہوں گی جو آنکھ کے پیچھے واقع ہو۔ یہی نقطہ بعیدہ گویا شبکیہ کا منور مقام ہوگا۔ یہ بھی اسی طرف (نیچے) کو حرکت کرے گا جدھر شبکیہ کی روشنی حرکت کرتی تھی۔ تھوڑی دیر کے لئے فرض کیجئے کہ مریض کی زیر معائنہ آنکھ کے سامنے معائنہ کرنے والا اس مقام کو دیکھ رہا ہے جو نقطہ بعیدہ پر واقع ہے۔ مگر وہ اپنی طاقت توفیق کو صرف حدقہ عین کے دیکھنے کے لئے استعمال کرتا ہے تو ایسی صورت میں ظاہر ہے کہ اس کو ایک روشن دائرہ دکھائی دے گا جس کے کنارے بھدّے اور غیر صاف ہوں گے اور معائنہ کرنے والے کو وہ نقطہ بھی نہ معلوم ہوگا کیوں کہ یہ صحیح طور پر نقطہ بعیدہ کو دیکھ ہی نہیں رہا۔ اسی سلسلہ میں یہ بھی خیال رکھنا چاہئے کہ جب شبکیہ کی روشنی نیچے کو حرکت کرتی ہے تو روشنی کا دائرہ بھی نیچے کو حرکت کرتا ہوا معلوم ہوتا ہے۔

(ب) اس کے بعد ہم ان شعاعوں کو لیتے ہیں جو شدید قصر بصر والی آنکھ کے منور قرعینی سے منعکس ہوتی ہیں۔ یہ شعاعیں آنکھ سے باہر نکل کر استدقاقی ہو جاتی ہیں اور آنکھ کے سامنے اُن کا تقاطع ایک نقطہ حقیقی پر ظہور میں آتا ہے

یہ نقطہ بعیدہ جو روشن مقام کا مماثل ہے روشن مقام کے اوپر کی طرف حرکت کرنے میں نیچے کی طرف کو حرکت کرے گا۔ اور روشن مقام کے نیچے کی طرف کو حرکت کے وقت اوپر کی طرف کو حرکت کرے گا۔ معائنہ کرنے والا شخص اگر زیر معائنہ آنکھ کے نقطہ بعیدہ سے دور بیٹھا ہو اور نقطہ بعیدہ کی طرف دیکھ رہا ہو۔ نیز روشن حدقہ کے دیکھتے وقت طاقت توفیق کو بھی استعمال کرے تو اس کو روشن سا ایک ہالہ نظر آئے گا جس کے کنارے صاف نہ ہوں گے اس وقت اگر شبکیہ کی روشنی نیچے کو حرکت کرے گی تو مذکورہ ہالہ اوپر کی طرف کو حرکت کرے گا یعنی اس کی حرکت طول البصر والی آنکھ کے مقابلہ میں بالکل برعکس ہو گی۔ (ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۹۶ صفحہ آئندہ پر)

اب فرض کیجئے کہ معائنہ کرنے والے کی آنکھ مریض کی آنکھ سے ایک میٹر کے فاصلہ پر ہے ا

شکل نمبر ۹۶



قصر بصر والی آنکھ میں واردہ شعاعوں کا راستہ

مریض کی آنکھ میں البصریت قصر بصر ہے تو اس صورت میں مریض کی آنکھ کا نقطہ بعیدہ اس مقام پر ہوگا جہاں پر معائنہ کرنے والے کی آنکھ ہے۔ ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۹۷)

شکل نمبر ۹۷



اس تصویر میں باہر نکلنے والی شعاعیں جہاں پر اپنے راستہ کو بدل دیتی ہیں اس کو دکھایا گیا ہے جب تک ی' و' کے حدقی ریقے کے اندر ہے اس وقت تک و' کا حدقہ عین یکساں روشن معلوم ہوتا ہے اُ کوئی سایہ نہیں پڑتا۔ اور جب ی' ی' پر چلا جاتا ہے تو تمام روشنی رک جاتی ہے اور و' کا حدقہ بالکل سیاہ ہو جاتا ہے۔

تھوڑی دیر کے لئے فرض کیجئے کہ یہ نقطہ اس کی حدقی سطح پر واقع ہے تو ایسی صورت میں زیر معائنہ آنکھ کے قعر عینی کی ذرا سی حرکت بھی اپنی شبیہ کو جو نقطہ بعیدہ پر بنتی ہے معائنہ کرنے والے کی آنکھ سے بالکل ہٹا دیگی۔ اسی کو دوسرے طریقہ سے ہم یوں بیان کر سکتے ہیں کہ زیر معائنہ حدقہ یا تو بالکل روشن معلوم ہوگا یا بالکل تاریک (سیاہ)۔

(ج) اگر زیر معائنہ آنکھ طبعی بصارت والی ہو تو اس کا نقطہ بعیدہ لامتناہی فاصلہ پر ہوگا جس کو ہم معائنہ کرنے والی آنکھ سے بہت دور تصور کر سکتے ہیں۔ اس لئے اس صورت میں شبیہ اس قدر مدھم ہو گی کہ ہو بجائے نہ ہونے کے ہے۔ مگر اس شبیہ کے لئے ضروری ہے کہ اسی طرف کو ہو جس طرف کہ طول بصر والی آنکھ کی شبیہ کی حرکت ہوتی تھی

گزشتہ بیان میں ہم نے اس امر کی پوری کوشش کی ہے کہ شکیہ کے انعکاس کو نہایت آسان پیرایہ میں سمجھا دیں اب رہا مسئلہ مرآۃ کے متعلق کہ آیا وہ مقعر ہو یا مسطح یہ ایک پیچیدہ سوال ہے۔ جس کا تعلق اس روشنی سے ہے جو مرکز تو

سے آنکھ میں داخل ہوتی ہے۔ مثال کے طور پر ہم کہتے ہیں کہ اگر مریض کے پیچھے کوئی منور مقام ہو تو اس کی شبیہ جو مقعر مراۃ سے بنے گی وہ مراۃ کے سامنے ہوگی اور جب مراۃ اوپر کی طرف کو حرکت کرے گا تو یہ شبیہ بھی اوپر کی طرف کو حرکت کرے گی اور مسطح مراۃ سے اس کی جو شبیہ بنے گی وہ مسطح مراۃ سے اسی قدر پیچھے ہوگی جس قدر کہ منور مقام اس کے سامنے ہے۔ اسی وجہ سے جب مراۃ اوپر کو حرکت کرے گا تو شبیہ نیچے کو حرکت کرے گی۔ لہذا مسطح مراۃ سے اگر شبکیہ کے انعکاس کو دیکھا جائے تو جب مراۃ داہنے طرف حرکت کرے گا تو اس کے اندر روشن شبیہ یا وہ مقام جو آنکھ کے اندر سے روشنی کو منعکس کرتا ہے بائیں طرف کو حرکت کرے گا۔ ذیل میں ہر قسم کی آنکھ میں اس حرکت کی سمت کو ہم ظاہر کرتے ہیں۔

(۱) طول بصر والی آنکھ میں قعر عینی کا روشن دائرہ دائیں طرف کو حرکت کرتا ہے اور حدقی سایہ میں بھی دائیں طرف کو حرکت ہوتی ہے۔

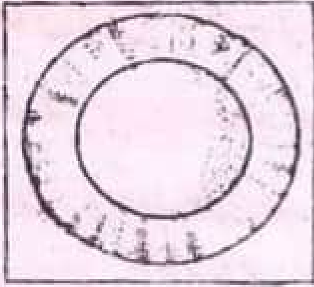
(۲) قصر بصر والی آنکھ میں (جس کا قصر بصر۔ البصریہ سے زائد ہو) قعر عینی کا روشن دائرہ دائیں طرف کو مگر حدقی سایہ بائیں طرف کو حرکت کرتا ہے۔

(۳) ۰۰۰۔ البصریہ قصر والی آنکھ میں کوئی سایہ نظر نہیں آتا۔

(۴) طبعی بصارت والی آنکھ یا قصر بصر والی آنکھ جس میں۔ البصریہ سے کم قصر بصر ہو۔ اس میں دائیں طرف کو سایہ بہت کم یا بہت خفیف سی حرکت کرتا ہے۔ اس میں عملی کاموں کے لئے صرف اس قدر یاد رکھنے کی ضرورت ہے کہ مسطح مراۃ سے معائنہ کرنے پر سایہ اسی طرف حرکت کرے گا جس طرف مراۃ کی حرکت ہوگی۔ یہ حکم طول بصر والی آنکھ کے واسطے ہے۔ مگر قصر بصر والی آنکھ میں سایہ کی یہ حرکت مراۃ کی حرکت کے مخالف ہوگی بشرطیکہ قصر بصر ا البصریہ سے زائد ہو۔ ایک بصریہ والے قصر بصر میں کوئی سایہ نہیں دکھائی دیتا۔ طبعی بصارت والی آنکھ اور ایک بصریہ والی آنکھ میں سایہ بہت خفیف ہوتا ہے اور اسی طرف کو حرکت کرتا ہے جس طرف کو مراۃ کی حرکت ہوتی ہے۔

شبکیہ کے انعکاس کے معائنہ میں عملی طور پر پورے قعر عینی کی منور شبیہ دکھائی نہیں دے سکتی۔ بلکہ یہ سایہ صرف ایک حصہ کا ہوتا ہے۔ بصارت کے شدید نقائص کی صورت میں سایہ کا کنارہ نمایاں طور پر منحنی بہت زیادہ سیاہی مائل ہوتا ہے اور آہستہ آہستہ حرکت کرتا ہے۔ (ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۹۸ صفحہ آئندہ پر)

شکل نمبر ۹۸



جن آنکھوں میں بصارت کے نقایص کم ہوں اُن میں یہ سایہ مدھم ہوتا ہے۔ اور بہت جلد تیزی کے ساتھ حرکت کرتا دکھائی دیتا ہے۔

سایہ کا دکھائی دینا صرف ایک مناظری کیفیت ہے جس کو بصارت کے اسباب نقائص سے کوئی تعلق نہیں ہے۔ لہٰذا سدادبصر کی حالت میں جب ایک محور میں طولِ بصر ہو اور دوسرے میں قصر بصر ہو تو یہ سایہ دونوں محوروں میں مذکورہ قاعدہ کے مطابق ایک دوسرے کے متضاد حرکت کرے گا۔

عموماً قرنیہ کا محیط، مرکز کی بہ نسبت زیادہ مسطح ہوتا ہے۔ مرکزی خط کی انعطافی طاقت کا درست کرنا زیادہ ضروری اور محیطی حصے سے مختلف ہوتا ہے۔ بہت سی حالتوں میں اس کی وجہ سے پریشان کن سائے دکھائی دیتے ہیں۔ شبکیہ کے انعکاس کا معائنہ دراصل آنکھ کی انعطافی طاقت کا وہ موازنہ ہے جس کے ذریعہ ہم درست کرنے والے عدسہ کو آنکھ کے سامنے لگا کر آنکھ کو اصل حالت پر لا سکتے ہیں۔ جب یہ سایہ عدسے کے لگانے سے کلیتہً زائل ہو جائے تو ہم یہ نتیجہ اخذ کرتے ہیں کہ اگر معالج مریض سے ایک میٹر کے فاصلہ پر ہو تو مریض کی آنکھ ایسی قصر بصر والی آنکھ کی حیثیت رکھے گی جس کا قصر بصر ایک بصریہ کے برابر ہے۔ اس معائنہ کے لئے ہم کو تاریک کمرہ کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس میں روشنی مریض کے سر کے پیچھے مگر ذرا اوپر کو رکھتے ہیں۔ معائنہ کرنے والا مریض سے ایک میٹر کے فاصلہ پر سامنے بیٹھتا ہے۔ مریض کی آنکھ پر عینک کا ایک فریم بغیر عدسے کے لگا دیتے ہیں۔ جس آنکھ کا معائنہ مقصود ہو اُس کو کھلا رکھتے ہیں اور دوسری آنکھ کو ایک سترہ یا اندھے شیشے سے ڈھانک دیتے ہیں۔ معائنہ سے پہلے مریض کی آنکھ میں باسط حدقہ دوا کا ڈالنا سوائے ماہرین اور تجربہ کار معائنہ کرنے والوں کے سبھوں کے لئے ضروری ہے اور لبا اوقات تو ماہرین اور تجربہ کاروں کے لئے بھی ویسی ہی اس کی ضرورت محسوس ہوتی ہے جیسی مبتدیوں کے لئے۔

شبکیہ کے انعکاس کے معائنہ میں صرف مسطح مراٰۃ استعمال کرنا چاہئے۔ پہلے افقی محور کا اس کے بعد

عمودی محور کا معائنہ کیا جائے۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ مریض کی آنکھ میں مراۃ کے ذریعہ روشنی ڈالیں اور مراۃ کو آہستہ آہستہ ایک طرف سے دوسری طرف کو حرکت دیں۔ اس کے ساتھ سایہ کی حرکت کا خیال رکھیں۔ اگر سایہ گھومتا ہوا نظر آئے مگر مراۃ کی حرکت کے ساتھ اس کی حرکت کی مطابقت نہ معلوم ہو تو اس کا مطلب یہ ہو کہ آنکھ میں سداد بصر لاحق ہے۔ اور مراۃ کی اس حرکت کا تعلق آنکھ کے دونوں محوروں سے (جن میں نقص بصارت لاحق ہو) نہیں ہے یعنی مراۃ کی حرکت اس طرف کو نہیں ہو رہی جس طرف کو افقی محور جھکا ہوا یا ٹیڑھا ہے۔ اس وقت معمولی کوشش سے معلوم ہو جائے گا کہ مراۃ کو کس طرف حرکت دینے سے سایہ اس کے خلاف یا موافق حرکت کرتا ہے۔ گویا کہ سداد بصر کا ایک خاص محور اس طرح ہم کو معلوم ہو جائے گا۔ اب ظاہر ہے کہ دوسرا محور پہلے محور کے ساتھ زاویہ قائمہ بنائے گا۔ لہذا دوسرے محور کے معلوم کرنے میں کوئی مشکل نہیں۔

اگر مذکورہ امتحان میں سایہ مراۃ کی حرکت کے ساتھ (موافق جانب) حرکت کرتا ہے تو خفیف طاقت کا محدب عدسہ آنکھ کے سامنے عینک کے خالی فریم میں لگا دیں اور پھر سایہ کی حرکت کو ملاحظہ کریں۔ اگر اب بھی سایہ مراۃ کی حرکت کے ساتھ حرکت کرے تو اس عدسہ کو ہٹا کر اس سے زیادہ طاقت والا عدسہ لگا دیں اور سایہ کا معائنہ کریں۔ اسی طرح کرتے ہیں یہاں کہ سایہ مراۃ کی حرکت کے خلاف حرکت کرنے لگے۔ اس کا مطلب یہ ہو کہ اب ہم نقص بصارت کو درست کرنے میں حد سے زیادہ بڑھ گئے ہیں۔ لہذا جس عدسے کے لگانے سے سایہ کسی جانب کو بالکل حرکت نہ کرے وہی نقص بصارت کو درست کرے گا۔ اور یہ عدسہ سب سے پہلے اور سب سے آخری دونوں عدسوں کے درمیان ہوگا گویا کہ

آنکھ کی انعطافی طاقت + وہ عدسہ جس کے لگانے سے سایہ حرکت نہیں کرتا = ایک بصریہ قصر بصر

اگر ۴ بصریہ طاقت والے عدسہ کے لگانے سے سایہ مراۃ کے ساتھ حرکت کرتا ہے اور + ۴.۵ بصریہ طاقت والے عدسے سے مراۃ کے خلاف حرکت کرتا ہے تو ہمارا یہ فیصلہ صحیح ہوگا کہ + ۴.۵ بصریہ طاقت والا عدسہ آنکھ کو ایک بصریہ قصر بصر والی آنکھ بنائے گا۔ لہذا انعطافی خرابی صرف + ۳.۵ بصریہ کی ہوگی۔

اگر مریض کی آنکھ سداد بصر والی نہ ہو تو اس عدسے سے مریض $\frac{6}{6}$ والی سطر پڑھنے کے قابل ہوگا مگر جب کہ آنکھ میں ایٹروپین ڈالی گئی ہو تو مزید تصحیح و تصدیق کی ضرورت ہوگی۔ ایٹروپین عضلہ ہدبیہ کی طاقت کو صرف مسترخی نہیں بلکہ اس عضلہ کے عضوی تناؤ کو بھی کم کر دیتی ہے۔ تجربہ سے معلوم ہوا ہے کہ یہ استرخا تقریباً + ایک بصریہ طاقت

تونیق کے برابر ہوتا ہے۔ اسی لئے اس دوا کا اثر زائل ہونے کے بعد + ۲،۵ بصریہ طاقت کا عدسہ دینا کافی ہوتا ہے۔

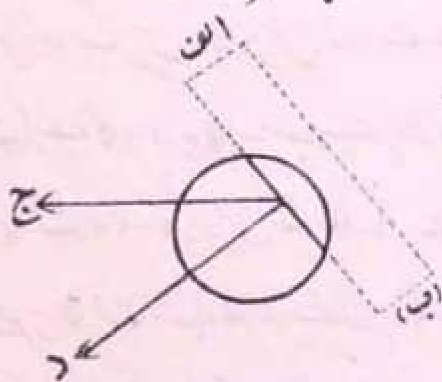
اسی طرح اگر فرض کریں کہ قصر بصر بسیط ہیں۔ ۴، بصریہ کا مقعر عدسہ خلاف جانب حرکت کرنے والے سایہ کو متعادل کر دیتا ہے اور ۵، ۴ بصریہ والے عدسے سے سایہ کی حرکت مرأۃ کے موافق ہوتی ہے تو ہم کو معلوم ہو جائے گا کہ ۵، ۴ بصریہ عدسہ لگانے سے آنکھ میں ایک بصریہ کا قصر بصر باقی رہ جائے گا۔ جس کا مطلب یہ ہے کہ اس آنکھ کو ایٹروپین کے ماتحت درست کرنے کے لئے ۲۵، ۵ بصریہ والے عدسہ کی ضرورت ہو گی اور ایٹروپین کا اثر زائل ہونے کے بعد ۲۵، ۶ بصریہ مقعر عدسہ لگانا پڑے گا۔

قصر بصر میں عضلۂ ہدبی کا تناؤ طول بصر کی حالت سے کم ہوتا ہے۔ چوں کہ قصر بصر کی حالت میں ذرا کم طاقت کا چشمہ دینا چاہیے اسی لئے بہتر ہے کہ ۵، ۲۵ میں (¼) چوتھائی بصریہ اور ملا کر ۵، ۵ بصریہ کا مقعر چشمہ دیا جائے۔

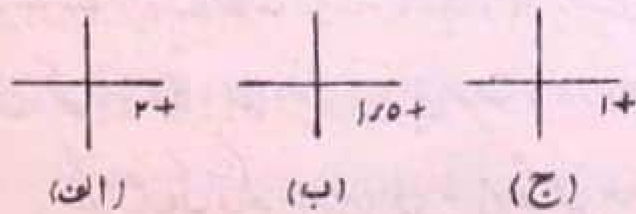
سداد بصر کی حالت میں عمودی اور افقی دونوں محوروں کا معائنہ کرنا چاہیے۔ اگر محور میں انعطافی طاقت درست ہو جائے تو یہ سایہ ایک فیتہ کی صورت اختیار کرتا ہے اور اس کے (Band) کا کنارہ گویا درست شدہ محور کے متوازی ہوتا ہے۔ اگر اس محور کے مقابل والے محور میں مرأۃ کو حرکت نہ دی جائے تو بھی یہ سایہ اپنے درست شدہ محور میں حرکت کرے گا یہ حالت ایک مناظری سراب (Optical illusion) پر منحصر ہے

اگر ایک سیدھا کنارہ (ا ب) ترچھے طریقہ پر ایک دائرہ نما سوراخ کے پیچھے رکھ دیا جائے اور اس کو افقی طریقہ پر حرکت دی جائے جیسا کہ ایک تیر کے ذریعہ بتایا گیا ہے تو یہ (د) کی طرف ہلتا ہوا معلوم ہو گا۔ اور یہ اس کنارے کے ساتھ ٹھیک زاویہ بناتا ہے اس صورت میں سایہ نہایت صاف ہو گا۔ جب کہ درست شدہ محور کے عمودی طرف مرأۃ کو حرکت دیں گے۔

شکل ۹۹/۱



شکل ۹۹/۲



اوپر ذکر کئے ہوئے نتائج کو ذیل کے طریقہ پر لکھا جاتا ہے۔

افقی اور عموری محوروں کو اوپر والی شکل نمبر ۹۹/۲ کی طرح ظاہر کیا جاتا ہے۔ اور مختلف محوروں پر عدسوں کے جو نمبر دیکھے جاتے ہیں وہ آنکھ کی انعطافی طاقت کو باسط حدقہ ادویہ کے ماتحت ظاہر کرتے ہیں۔

اوپر کی شکلوں سے ظاہر ہوتا ہے (الف) باقاعدہ طول بصر لاحق ہے۔ (ب) اصول کے مطابق مگر باقاعدہ مخلوط سداد بصر لاحق ہے۔

(ج) اصول کے خلاف باقاعدہ مخلوط طول بصر والا سداد بصر لاحق ہو (د) باقاعدہ مرکب طول بصر والا سداد بصر لاحق ہے جس کے محور ترچھے ہیں۔

محور کا رخ سداد بصر میں حسی امتحان سے معلوم کیا جاتا ہے۔ بچوں میں ضروری اسطوانی عدسہ خالی فریم میں لگا کر گھمائیں یہاں تک کہ کسی طرف بھی سایہ کی حرکت نہ معلوم ہو۔

مذکورہ مریضوں کو ذیل کے چشمے دئے جائیں گے۔ اس جگہ پران نشانات کی توضیح ضروری ہے۔

(الف) + ۲ بصریہ اسطوانی محور عمودی۔

(ب) -۱ بصریہ کروی مقعر ⊂ + ۲٫۵ بصریہ اسطوانی محور عمودی۔ یا

+ ۱٫۵ بصریہ محدب ⊂ - ۲٫۵ بصریہ اسطوانی محور افقی۔

(ج) + ایک بصریہ محدب ⊂ + ۲ بصریہ اسطوانی محور افقی۔ یا

+ ۳ بصریہ محدب ⊂ - ۲ بصریہ اسطوانی محور عمودی

(د) + ۲ بصریہ کروی مرکب مع + ۱٫۵ اسطوانی محور ۶۰ نیچے اور اندر کی طرف بائیں آنکھ نیچے اور باہر دائیں آنکھ میں۔

+ = محدب عدسہ۔

- = مقعر عدسہ۔

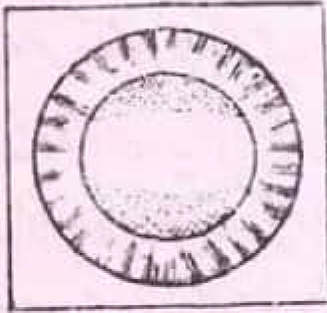
⊂ = ترکیب مع۔

باقاعدہ سداد بصر میں سایہ کا درست کرنا ہمیشہ آسان نہیں ہوتا۔ کیوں کہ قرنیہ کی سطح کے مختلف حصوں کے

انحنا میں فرق ہوتا ہے۔ عموماً قرنیہ کا محیطی حصّہ مرکزی سے زیادہ مسطح ہوتا ہے۔ لہٰذا مرکزی حصّہ کے درست کرنے کے لئے محیطی حصّہ کے درست کرنے والے عدسے کے علاوہ دوسرا عدسہ درکار ہوتا ہے۔ خصوصاً جب کہ حدقہ پھیلا ہوا ہو یہی وجہ ہے کہ مختلف قسم کے پریشان کُن سائے دیکھے جاتے ہیں۔ ان میں سے سب سے عام قسم کے سائے کو ہم قینچی نما سایہ کہتے ہیں۔ اس میں دو سائے کے ایک ایک سرے ملے ہوئے نظر آتے ہیں۔ اور جب روشنی کو حرکت دی جائے تو ایک دوسرے سے تقاطع پیدا کرتے ہیں

مخروطی قرنیہ میں ایک مثلث سایہ نظر آتا ہے جس کی چوٹی اوپر کی طرف کو ہوتی ہے۔ یہ سایہ قرنیہ کے مرکز سے ذرا نیچے ہوتا ہے۔ اور جب مرآۃ کو ہلایا جائے تو یہ چاروں طرف گھوم جاتا ہے۔

شکل ۱۰۰



بے قاعدہ سداد بصر کی حالت میں حدقی رقبہ میں سایہ مختلف اطراف میں حرکت کرتا ہے اس حالت کو کروی اور اسطوانی دونوں قسم کے عدسوں میں سے کسی سے بھی ہم نہیں درست کر سکتے۔ ہاں صرف اتنا ممکن ہوتا ہے کہ بینائی کسی قدر بڑھ جائے۔

آخر میں ایک خاص امر کی طرف ہم توجہ دلاتے ہیں۔ وہ یہ ہے کہ شبکیہ کے انعکاس کے ذریعہ کسی آنکھ کی انعطافی خرابی بآسانی درست ہونے کا امکان ہے اور یہ بھی ممکن ہے کہ نہ درست ہو بلکہ دشواری پیش آئے۔ لہٰذا جتنے امتحانات کئے جائیں اُن کے نتائج کی تصدیق مریض کے احساسات سے کرلی جائے یعنی امتحان کے بعد مریض کو باہر لاکر معلومہ نمبر کا عدسہ لگاکر دریافت کریں کہ آیا اس سے نقص بصارت رفع ہو جاتا ہے یا نہیں۔ صرف اندھیرے کمرے میں شبکیہ کے انعکاس کا معائنہ کرنے کے بعد عینک کا تجویزی نسخہ ہرگز نہ لکھ دیا کریں۔

آنکھ کے اعمال کا معائنہ Functional examination

امراض چشم کے مریضوں کے دوسرے گروہ میں وہ لوگ داخل ہیں جن میں کوئی مرئی علامت نہیں پائی جاتی۔ اور ہم کو صرف ان تکلیف دہ احساسات کی شکایتوں پر

حصہ کرنا پڑتا ہے جن کو مریض بیان کرتا ہے۔ ان مریضوں کی آنکھ کا بیرونی امتحان جلد اور احتیاط سے کرنے کے بعد ان احساسات کا یا آنکھ کے اعمال کا امتحان شروع کریں۔ اس امتحان میں اگر کوئی غیر طبعی حالت نہ بھی معلوم ہو تو بھی اس کے بعد آنکھ کے اندرونی حصص کا باقاعدہ منظار العین کے ذریعہ معائنہ کریں۔

پہلے گروہ کے مریضوں میں مرض کی ظاہری علامتیں جو حقیقتاً عوارض کے طور پر نمایاں ہوتی ہیں اگر وہ معلوم بھی ہو جائیں تو بھی معالج کا فرض ہے کہ ہر قسم کی غیر طبعی حالتوں کو معلوم کرنے کی کوشش کرے اور بخوبی اس امر کا اطمینان کرے کہ کوئی اور مرضی حالت تو موجود نہیں ہے۔

یہ ممکن ہے کہ پہلے روز جب کہ مریض معالج کے پاس آئے تو اس کا منظار العین کے ذریعہ معائنہ نہ کیا جا سکے یا احساسات کی تحقیق میں اس قدر پیچیدگیاں پیدا ہو جائیں کہ امتحان سے خاطر خواہ نتائج اخذ نہ کئے جائیں ایسی صورتوں میں آنکھ کے اعمال یا اس کے اندرونی امتحان کو دوسرے وقت پر ملتوی کر دینا مناسب ہے مگر امتحان کے اس حصے کو کبھی چھوڑنا نہیں چاہیے۔

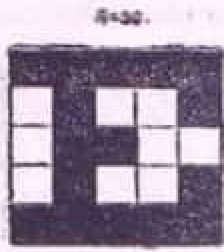
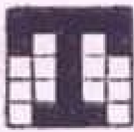
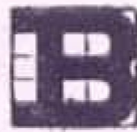
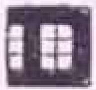
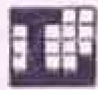
یہ یاد رہے کہ مریضوں کی ذہنیت کا میلان ہمیشہ اس طرف ہوتا ہے کہ وہ امتحان کے وقت معلوم ہونے والی تکالیف کو معالج کی طرف منسوب کرتے ہیں۔ آنکھ کے اعمال کے امتحان میں ہم احساس بصارت کی تیزی اور اس کی مختلف اقسام احساس نور، احساس لون (رنگ) احساس شکل وغیرہ کے متعلق تمام باتیں معلوم کرتے ہیں مگر اس امتحان کی ابتدا احساس شکل سے کرتے ہیں۔ اس کے بعد احساس لون اور احساس نور کا امتحان کرتے ہیں۔ ہر آنکھ کا امتحان علیحدہ علیحدہ کرنا چاہیے۔ ابتدائی امتحان میں اتنا کافی ہے کہ ہر آنکھ کا امتحان اس کی مرکزی بصارت کی تیزی کے متعلق دور اور نزدیک کی اشیاء کے لئے کیا جائے۔ اسکے بعد اجمالی طریقہ پر میدان بصر کا معائنہ کریں۔ حدقۂ عین کے ردعمل کا معائنہ کرنے کے بعد منظار العین سے معائنہ شروع کیا جائے۔

ممکن ہے کہ اس وقت اس امر کی ضرورت محسوس ہو کہ میدان بصر کے متعلق اجمالی معائنہ کی مزید تصحیح اور تصدیق کی جائے، اس مقصد کے لئے میدان بصر ناپنے کا آلہ استعمال کیا جائے۔ اور دن کی روشنی میں کئے ہوئے معائنہ کو رنگین اشیاء کے معائنہ سے مدد دی جائے۔ مرکزی اور محیطی میدان بصر کے حصص میں اقل نوری اور فرق نوری کو معلوم کیا جائے۔ اس اجمالی امتحان کے وقت بھی عضلات چشم کا سرسری امتحان منظار العین کے

ذریعہ امتحان سے پہلے ضروری ہے۔

بصارت کی تیزی
Acuity of vision

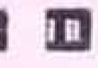
دور کی اشیار کے لئے مرکزی بصارت کی تیزی کے معائنہ کے لئے ماہر سنے لن
حروف پڑھائے جاتے ہیں


















ماہر سنے لین کے حروف - فاصلہ سے انکھ کی بینائی کا امتحان کرنے کے لئے - ان حروف کی سطروں کو بالترتیب یکے بعد دیگرے ۶۰ - ۳۶ - ۲۴ - ۱۸ - ۱۲ - ۹ - ۶ میٹر کے فاصلہ سے پڑھنا چاہئے - اس فاصلہ سے یہہ حروف انکھ کے نقطہ تقاطع پر ۵ ڈگری کا زاویہ بناتے ھوں •

ان حروف کو اس اصول کے ماتحت بنایا گیا ہے کہ ان کے اقل زاویہ رویت کا اوسط ایک منٹ کا ہوتا ہے۔ نقشہ میں اوپر سے نیچے کی طرف جو حروف ہوتے ہیں۔ وہ مسلسل اور بتدریج چھوٹے ہوتے جاتے ہیں۔ ان حروفوں کے خطوط کی چوڑائی ایسی رکھی جاتی ہے کہ اگر خط کے دونوں کناروں سے دو خطوط آنکھ کے نقطہ تقاطع تک کھینچے جائیں تو ان کے درمیان کا زاویہ ہمیشہ ایک منٹ کا ہوتا ہے اور ان حروف کی وضع ایسی ہوتی ہے کہ اگر ان کو کسی ایسے مربع میں رکھا جائے جس کا ہر ضلع حرف کے ہر خط کی چوڑائی سے پانچ گنا ہو تو اس مربع میں یہ بالکل فٹ ہو جاتے ہیں جیسا کہ نقشہ نمبر ۱۰۱ میں دکھایا گیا ہے لہذا پورا حرف ایسا ہوتا ہے کہ اگر اسکے نیچے یا دائیں بائیں کناروں سے دو خطوط آنکھ کے نقطہ تقاطع تک کھینچے جائیں تو نقطہ تقاطع پر پانچ منٹ کا زاویہ بنتا ہے۔ (ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۱۰۲)

مذکورہ بیان سے ظاہر ہوتا ہے کہ ایسے حرف کو آنکھ سے دور رکھکر معائنہ کے لئے مریض سے پڑھوانا چاہئے جس قدر یہ دور ہوں اسی قدر بڑے ہونے چاہئیں۔ اور ان حروف کے خطوط بھی نزدیک ہونے کی صورت

میں کم اور دور ہونے کی صورت
میں زیادہ چوڑے ہونے چاہئیں۔
ماہرسنے لین کے نقشہ میں اوپر
کے حروف اتنے بڑے ہوتے ہیں کہ
اگر ۶۰ میٹر کے فاصلہ سے ان حروف
سے آنکھ کے نقطہ تقاطع تک خطوط

تصویر نمبر ۱۰۲



کھینچے جائیں تو جو زاویہ بنتا ہے وہ ۵ منٹ کا ہوتا ہے۔ دوسری سطر کے حروف ۳۶ میٹر کے فاصلہ سے آنکھ کے نقطہ تقاطع پر ۵ منٹ کا زاویہ بناتے ہیں اور تیسری۔ چوتھی۔ پانچویں۔ چھٹی اور ساتویں سطر کے حروف ۲۴-۱۸-۱۲-۹-۶ میٹر کے فاصلہ سے آنکھ کے نقطہ تقاطع پر ۵ منٹ کا زاویہ بناتے ہیں۔ معائنہ کے لئے بعض اوقات اس سے چھوٹے حروف بھی مریض سے پڑھوائے جاتے ہیں۔ یہ اس قدر چھوٹے ہوتے ہیں کہ ۵-۴-۵ر۳ میٹر کے فاصلہ سے آنکھ کے نقطہ تقاطع پر ۵ منٹ کا زاویہ بناتے ہیں۔

گویا اوسط درجہ کی بصارت رکھنے والا اوپر کے حروف کو ۶۰ میٹر کے فاصلہ سے پڑھ سکے گا۔ دوسری سطر کے حروف کو ۳۶ میٹر کے فاصلہ سے اور تیسری سطر کے حروف کو ۲۴ میٹر کے فاصلہ سے علیٰ ہذا القیاس اس کے بعد والی سطروں کے حروف کو اور کم فاصلہ سے پڑھ سکے گا۔ مگر بصارت کے امتحان میں ان حروف کو اس قدر دور فاصلہ سے پڑھانا ایک طوالت ہے۔ لہذا اس سے بچنے کے لئے ذیل کا طریقہ اختیار کیا جاتا ہے۔

مریض کو اس نقشہ سے ایک مقررہ فاصلہ پر کھڑا کیا جاتا ہے۔ مگر یہ فاصلہ ۵ میٹر سے کسی طرح کم نہ ہونا چاہئے۔ بہتر تو یہ ہے کہ یہ فاصلہ ۶ میٹر ہو۔ مقررہ فاصلہ سے جو شعاعیں حدقۂ عین میں داخل ہوتی ہیں ان میں اتساع اس قدر کم ہوتا ہے کہ اس کو ہم نظر انداز کر سکتے ہیں۔ چنانچہ جو شعاعیں ۶ میٹر کے فاصلہ سے چل کر حدقۂ عین میں داخل ہوتی ہیں ان کو ہم عملی طور پر متوازی سمجھ لیتے ہیں۔

اب اگر مریض کی آنکھ اور نقشہ کا درمیانی فاصلہ ۳ میٹر ہو تو آنکھ میں داخل ہونے والی شعاعوں کو مرکز پر لانے کے لئے طبعی بصارت والی آنکھ کے لئے اپنی طاقت توفیق کا استعمال ضروری ہے۔ تاکہ یہ شعاعیں شبکیہ پر

مجتمع ہوسکیں اس لئے اس فاصلہ سے بصارت کا معائنہ غلط ہوگا۔

طبعی بصارت والا شخص ۶ میٹر کے فاصلہ سے سنے لین کے نقشہ کی اس سطر تک بخوبی پڑھ سکتا ہے جو ۶ میٹر سے پڑھنے کے لئے مقرر ہے۔ اچھی روشنی میں بہت سے لوگ اس سطر کے بعد والی سطر کو بھی پڑھ لیتے ہیں۔ اب اگر یہ شخص اپنی دائیں آنکھ سے صرف ۱۸ میٹر والی سطر پڑھ سکتا ہے تو اس کا مطلب یہ ہوگا کہ اس کی بصارت دور کی اشیاء کے لئے خراب ہے۔ اس خرابی کی حالت کو ہم ایک کسر کے ذریعہ سے ظاہر کرتے ہیں۔ جن میں کسر کے اوپر کا ہندسہ مریض کی آنکھ اور حروف کے درمیانی فاصلہ کو بتاتا ہے اور نیچے کا ہندسہ اسی فاصلہ کو ظاہر کرتا ہے۔ جس سے طبعی بصارت والا شخص اس سطر کو پڑھ سکتا ہے۔ تھوڑی دیر کے لئے فرض کیجئے کہ موجودہ صورت میں ۶ میٹر کے فاصلے سے خراب آنکھ والا شخص ۱۸ میٹر والی سطر پڑھ سکتا ہے۔ تو اس کی بصارت کو ذیل کے طریقہ پر ظاہر کریں گے۔

دیکھنے والی آنکھ کی بصارت = $\frac{6}{18}$

طبعی آنکھ کی بصارت = $\frac{6}{6}$

یعنی طبعی آنکھ کی بصارت ایک اکائی ہے اور خراب آنکھ کی بصارت طبعی آنکھ کی بصارت کی $\frac{1}{3}$ ایک تہائی ہے۔ مگر یہ یاد رہے کہ کسر کو مختصر نہ کرنا چاہئے جیسا کہ ہم پہلے بھی بیان کر چکے ہیں کیوں کہ یہ اندازہ خاص حالات کے ماتحت ہوتا ہے۔ اور اس کو اپنی اصل حالت پر قائم رکھنے سے غلطی کا امکان نہیں ہوتا۔ لیکن مختصر کرنے سے اصل مطلب فوت ہو جاتا ہے کیوں کہ اصل صورت میں ہم یہ سمجھ لیتے ہیں کہ مریض نقشہ سے ۶ میٹر کے فاصلہ پر تھا اور اس فاصلہ سے وہ صرف ۱۸ میٹر والی سطر کو پڑھ سکا۔ مگر جب ہم اس کو مختصر کر کے $\frac{1}{3}$ کر دیں تو اس سے یہ مطلب سمجھ میں نہیں آتا۔ یہ بھی ذہن نشین رکھنا چاہئے کہ نقشہ پر روشنی کی کمی بیشی سے بصارت کی تیزی پر اثر پڑتا ہے تجربہ سے یہ بات ثابت ہو چکی ہے کہ جیسے جیسے روشنی۔ سے ۲ فٹ بتی تک بڑھائی جائے ویسے ویسے بصارت کی تیزی بڑھتی ہے۔ مگر ۲-۳ فٹ بتی سے بصارت کی تیزی نہایت خفیف درجہ ہوتی ہے۔ اسی وجہ سے ضروری ہے کہ امتحان کے وقت روشنی کی مقدار ۲-۳ فٹ بتی سے کسی طرح کم نہ ہو۔ اگر ہم معائنہ کے لئے اس معیار کو مقرر کریں جو ماہرین چشم کی بین الاقوامی مجلس میں طے

کیا جا چکا ہے تو زیادہ بہتر ہو گا۔

اگر ۶ میٹر کے فاصلہ سے نقشہ کے حروف مریض کسی ایک آنکھ سے بھی نہ پڑھ سکے تو اس سے کہا جائے کہ وہ آہستہ آہستہ نقشہ کے نزدیک آئے۔ ایسا کرنے سے ممکن ہے کہ کسی خاص جگہ پر پہونچ کر اس کو اوپر کا حرف صاف دکھائی دینے لگے جب ایسی صورت پیش آئے تو اس مقام سے اس کو ذرا پیچھے لے جائیں۔ اس طرح صحیح طور پر وہ جگہ معلوم کریں جہاں سے شخص اوپر والا حرف پڑھ سکتا ہے۔ اگر یہ فاصلہ ۳ میٹر ہو تو اس کی بصارت کو ہم ذیل کے طریقہ پر ظاہر کریں گے۔

آنکھ کی بصارت = ۳/۶

یہ بھی ممکن ہے کہ اس فاصلہ پر پہونچنے کے بعد بھی اس کو اوپر والا حرف صاف نہ دکھائی دے۔ ایسی حالت میں معالج کو چاہئے کہ ایک میٹر کے فاصلہ پر مریض کے سامنے کسی سیاہ سطح پر اپنی انگلیوں کو رکھے۔ اور اس فاصلہ کو کم و بیش کرکے دیکھے کہ مریض کہاں سے انگلیوں کو گن سکتا ہے۔ ایسی صورت میں مریض کی بصارت کو ظاہر کرنے کے لئے ذیل کا طریقہ اختیار کیا جائے گا

بصارت = ایک یا نصف میٹر پر انگلیوں کو گن سکنا۔

جب مریض انگلیوں کو بھی نہ گن سکے تو اس کو روشنی کی طرف دیکھنے کو کہا جائے (روشنی خواہ دن کی ہو یا لیمپ کی) اور معالج روشنی اور مریض کی آنکھ کے درمیان میں اپنا ہاتھ ہلائے اگر مریض ہاتھ کی حرکت کو دیکھ سکے تو اس کی بصارت کو مندرجہ ذیل طریقہ پر ظاہر کیا جائے گا۔

بصارت = ہاتھ کی حرکات کا پہچاننا۔

اگر ہاتھ کی حرکت کو بھی نہ دیکھ سکے تو مریض کو اندھیرے میں لے جائیں اور بجلی کی روشنی کو کبھی روشن کریں اور کبھی تاریک۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ ایک اسٹول پر مریض کو بٹھا کر اس کے پیچھے بجلی کا لیمپ رکھیں اور منظار العین کے مرآۃ کے ذریعہ اس کی آنکھ کے اندر روشنی ڈال کر دریافت کریں کہ اس آنکھ پر روشنی پڑتی ہے یا نہیں۔ اگر مریض کو روشنی محسوس ہوتی ہو تو اس کی بصارت کو ظاہر کرنے کا طریقہ ذیل میں درج ہے۔

بصارت = احساس نور۔

اور اگر اس کو روشنی بالکل نہ معلوم ہو تو اس طرح ظاہر کریں گے۔

بصارت = عدم احساس نور

اس موقع پر یہ بتانا بھی ضروری ہے کہ جو مریض علیحدہ علیحدہ اپنی دونوں آنکھوں سے ۶ میٹر کے فاصلہ
۶ میٹر والی سطر پڑھ سکتے ہیں اُن کی آنکھ کی بصارت کا طبعی ہونا کوئی ضروری امر نہیں ہے۔ اگر ایسے مریض اپنی آنکھ
کو آدھی بند کرکے پڑھتے ہیں تو غالباً ان کو قصر بصر ہے مگر اس حالت کو خاص طور پر زیادہ خراب نہ سمجھنا چاہئے
یہ بھی ممکن ہے کہ ان مریضوں کو طول بصر لاحق ہو اور وہ اپنی طاقت توفیق سے تقریباً متوازی شعاعوں کو طبقہ شبکیہ
پر مجتمع کرلیں۔ اس وقت میں ہم کو یہ معلوم کرنا ہوگا کہ مریض اپنی طاقت توفیق کو تو استعمال نہیں کر رہا۔ اس کو معلوم
کرنے کے لئے اس آنکھ کے سامنے مثبت محدب عدسہ لگادیں اور دیکھیں کہ زیادہ سے زیادہ طاقت کا وہ کونسا
عدسہ ہے جس کو آنکھ کے سامنے لگانے کے باوجود وہ ۶ میٹر کے فاصلہ سے ۶ میٹر والی سطر کو پڑھ سکتا ہے۔

جب محدب عدسہ کسی ایسی آنکھ کے سامنے لگائیں گے جس کی طاقت توفیق اچھی ہو تو فوراً ہی اشیاء خراب
نظر آنا شروع ہوجائیں گی۔ لہٰذا ایسی طاقت کا عدسہ استعمال کریں کہ ضروری طور پر اشیاء خراب نظر آویں۔ اور
اس محدب عدسہ کی طاقت کو مقعر عدسے سامنے رکھ کر کم کرتے جائیں + ۴ بصریہ طاقت والا عدسہ اگر سامنے لگا
جائے تو ممکن ہے کہ مریض صرف چند سطریں پڑھ سکے۔ اب ۴ بصریہ کو اپنی جگہ پر رہنے دیں اور اس کے ساتھ سامنے
کی طرف ½ بصریہ طاقت والا عدسہ اور لگادیں۔ اب ممکن ہے کہ مریض ایک سطر کو اور پڑھ لے۔ اس کے بعد ½
والے عدسے کے بجائے (-) ۱ بصریہ طاقت والا عدسہ رکھیں اب بھی اگر وہ ۶/۶ سطر نہ پڑھ سکے تو - ۱ بصریہ کے
بجائے - ۱½ بصریہ والا عدسہ سامنے رکھیں۔ فرض کیجئے کہ اب وہ ۶/۶ سطر آسانی سے پڑھ سکتا ہے تو اس سے معلوم
ہوا کہ اس آنکھ کی بصارت + ۲٫۵ بصریہ والے عدسے کے ذریعہ اوسط درجہ کی ہوجاتی ہے جس کا مطلب یہ ہوا
کہ + ۲٫۵ بصریہ والے عدسے کے ذریعہ ہم اس کی آنکھ کی طاقت توفیق کو مناسب حد تک مسترخی کرسکتے ہیں۔ مگر
اس سے یہ نتیجہ نہیں نکلتا کہ + ۲٫۵ بصریہ اس کی طاقت توفیق ہے۔

ہم پہلے یہ بتا چکے ہیں کہ جس قدر جوان یا کم عمر انسان ہو اسی قدر اس کی آنکھ میں طاقت توفیق زیادہ ہوتی ہے
اسی وجہ سے کم عمر اشخاص اپنی طاقت توفیق کے ذریعہ آسانی سے اشیاء کو دیکھ سکتے ہیں اگر ایسے مریض طول بصر میں مبتلا
ہوں تو ان کے عضلہ ہدبی کا انقباض گویا کہ طبعی حالت کے مانند ہوجاتا ہے۔ لہٰذا اوقات عضلۂ ہدبی کا انقباض قائم

زیادہ بھی ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں یہ مریض گویا مصنوعی طور پر قصر بصر والے ہو جاتے ہیں۔ اس حالت کو ہم (تشنج توفیقی) (Spasm of accomodation) کہتے ہیں

مذکورہ بالا باتوں سے ظاہر ہوتا ہے کہ مریض جس قدر کم عمر ہو اسی قدر طاقت توفیق کو زیادہ استعمال کرے گا یعنی اس کی طاقت توفیق کو باطل کرنا اسی قدر دشوار گذار امر ہو گا۔ طاقت توفیق کا جتنا حصہ ہم مثبت عدسہ سے کم کر سکتے ہیں اس کو ظاہری یا جلی طول بصر (Manifest hypermetropia) کہتے ہیں اور طاقت توفیق کا بقیہ حصہ جس کو ہم صرف عضلہ ہدبی کے مسترخی کرنے سے کم کر سکتے ہیں۔ یا جس کو ہم مذکورہ بالا طریقہ سے کم نہیں کر سکتے اس کو ہم خفی طول بصر (Latent hypermetropia) کہتے ہیں۔ اور ان دونوں کو ملا کر یعنی جلی طول بصر + خفی طول بصر کو کلی طول بصر (Total hypermetropia) کہتے ہیں۔

جب عمر بہت کم ہو تو طول بصر بالکل خفی ہوتا ہے اور عدسہ اس قدر لچک دار ہوتا ہے کہ خفیف سے خفیف تحریک سے بھی متاثر ہوئے بغیر نہیں رہ سکتا مگر جیسے جیسے اس کی لچک کم ہوتی جاتی ہے ویسے ویسے طول بصر جلی صورت اختیار کرتا جاتا ہے۔ یہاں تک کہ جب آخر میں طاقت توفیق بالکل غائب ہو جاتی ہے تو یہ کلیتاً جلی صورت اختیار کر لیتا ہے۔ دوسرے الفاظ میں اس کا مطلب یہ ہے کہ مریض کی عمر جس قدر زیادہ ہو اسی قدر اس کے کلی طول بصر میں جلی طول بصر زیادہ ہوتا ہے ان صورتوں میں ہم مریض کی بصارت کو مندرجہ ذیل طریقہ پر ظاہر کریں گے۔

بصارت = $\frac{1}{?}$ طول بصر + ۰٫۵ بصریہ

جو مریض پڑھے لکھے ہوتے ہیں اور جن سے حرفوں کو پڑھانے میں بار بار پوچھنا نہیں پڑتا ان کے امتحان میں تکلیف بہت کم ہوتی ہے اور ان کی جلی طول بصر کا اندازہ آسانی سے لگایا جا سکتا ہے جس کا طریقہ یہ ہے کہ ان کی آنکھ کے سامنے کمزور طاقت والا مثبت عدسہ رکھ کر دیکھیں اگر مریض حروف کو صاف پڑھ لے تو اور زیادہ طاقت والا عدسہ لگائیں اس طرح بتدریج بڑھتی ہوئی طاقت کا عدسہ لگاتے رہیں یہاں تک کہ ۶ والی آخری سطر غیر شفاف نظر آنے لگے جس عدسے سے یہ سطر غیر شفاف نظر آوے اس سے قبل والا عدسہ مریض کے طول بصر کو ظاہر کرتا ہے۔

دوسرا مریض جس کی عمر پہلے سے زیادہ ہے ممکن ہے کہ محدب عدسے کی مدد سے کچھ زیادہ پڑھ سکے۔ ۵۵ سال

عمر کا مریض صرف $\frac{6}{12}$ والی سطر اور +۲ بصریہ کے ساتھ $\frac{6}{6}$ والی سطر اگر پڑھ لے اس مریض کا جلی طول بصر +۲ بصریہ ہے۔ اب چوں کہ اس کی عمر ۵۰ سال ہے اس لئے اس کی طاقت توفیق +۱ بصریہ باقی رہ گئی ہے۔ لیکن جب وہ بغیر مدد کے پڑھتا ہے تو وہ اس طاقت توفیق کو $\frac{6}{12}$ پڑھنے کے لئے استعمال کرتا ہے۔ اس کے بعد اس کی طاقت توفیق کام نہیں دیتی۔ اسی لئے نیچے والی سطر کے حروف صاف نظر نہیں آتے۔

یہ ممکن ہے کہ یہ شخص $\frac{6}{9}$ والی سطر اس حالت میں بھی پڑھ لے جب کہ اس کی آنکھ کے سامنے +۱ بصریہ طاقت والا عدسہ موجود ہو۔ کیوں کہ ایسا ہو سکتا ہے کہ یہ عدسہ اس کی بقیہ طاقت توفیق کے ساتھ مل کر اس کے طول بصر کو درست کر دے۔ اگر زیادہ طاقت کا عدسہ لگا کر دیکھنے پر +۲ بصریہ والے عدسے سے ہم کو معلوم ہو کہ وہ $\frac{6}{9}$ والی سطر پڑھ سکتا ہے یا اس کو پہلے سے اب زیادہ صاف دکھائی دیتا ہے تو اس کے یہ معنی ہوں گے کہ اس کو جلی طول بصر ہے۔ لہٰذا اس مریض کی بصارت کو ذیل کے طریقہ پر ظاہر کریں گے۔

بصارت = $\frac{6}{12}$ طول بصر +۲ بصریہ = $\frac{6}{6}$

صرف مذکورہ طریقہ امتحان میں محدب عدسے آنکھ کے سامنے لگائے جاتے ہیں۔ کسی صورت میں بھی دور کی بصارت کا امتحان کرتے وقت مقعر عدسے اس وقت تک نہ استعمال کئے جائیں جب تک آنکھ میں باسط حدقہ دوا نہ ڈالی گئی ہو۔ طبعی بصارت والے یا طول بصر والے مریض بشرطیکہ ان کو بصر شیخوخت نہ لاحق ہو خفیف طاقت والے مقعر عدسہ کے باوجود $\frac{6}{6}$ والی سطر پڑھ سکتے ہیں۔ اس کا مطلب یہ ہوا کہ وہ عدسہ کے برابر طاقت توفیق استعمال کر کے اس کو متعادل کر لیتے ہیں لیکن جب تک مریض کی آنکھ میں باسط حدقہ دوا نہ ڈالی جائے اس امتحان سے صحیح معلومات نہیں حاصل ہوتیں اور امتحان بیکار ہو جاتا ہے۔ دور کی بصارت اور مریض کی ہر آنکھ کا طول بصر معلوم کرنے کے بعد نزدیک کی چیزوں کے متعلق بصارت کا معائنہ کریں۔ اس مقصد کے لئے ماہر سے لین کا نقشہ پڑھنے کے لئے استعمال کیا جائے۔ اس نقشہ کے حروف بھی اسی بنیادی اصول پر بنائے جاتے ہیں جس اصول پر دور کی بصارت کے لئے نقشہ کے حروف بنائے گئے ہیں۔ یہ بات تجربہ سے ثابت ہو چکی ہے کہ ماہر سے لین کے نقشہ کے سب سے چھوٹے حروف سے بھی چھوٹے حروف پڑھے جا سکتے ہیں بشرطیکہ ان کے خطوط ذرا موٹے ہوں۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ حروف کے بالکل صاف نظر نہ آنے کے باوجود پڑھنے والا اپنے خیال سے بھی مدد لے کر پڑھنے کی کوشش کرتا ہے اسی لئے ماہرین کا

J. 1 (Sn. 0.5). 50 cm.

As she spoke, Moses came slowly on foot, and sweating under the deal box, which he had strapped round his shoulders like a pedler. "Welcome, welcome, Moses! well, my boy, what have you brought us from the fair?"—"I have brought you myself," cried Moses, with a sly look, and resting the box on the dresser. "Ay, Moses," cried my wife, "that we

J. 2 (Sn. 0.6). 60 cm.

five shillings and twopence is no bad day's work. Come, let us have it then."—"I have brought back no money," cried Moses again. "I have laid it all out in a bargain, and here it is," pulling out a bundle from his breast: "here they are; a gross of green spectacles, with silver rims and

J. 4 (Sn. 0.8). 80 cm.

mother," cried the boy, "why won't you listen to reason? I had them a dead bargain, or I should not have brought them. The silver rims alone will sell for double the money."—"A fig for the silver rims," cried my wife, in a passion. "I dare

J. 6 (Sn. 1). 1 m.

the rims, for they are not worth sixpence; for I perceive they are only copper varnished over."—"What!" cried my wife, "not silver! the rims not silver?"—"No," cried I, "no more silver

J. 8 (Sn. 1.25). 1.25 m.

with copper rims and shagreen cases? A murrain take such trumpery! The blockhead has been imposed upon, and should have known his company better."—"There,

J. 10 (Sn. 1.5). 1.5 m.

the idiot!" returned she, "to bring me such stuff: if I had them I would throw them in the fire."—"There again you are wrong, my dear," cried I,

J. 12 (Sn. 1.75). 1.75 m.

By this time the unfortunate Moses was undeceived. He now saw that he had

J. 14 (Sn. 2.25). 2.25 m

asked the circumstances of his deception. He sold the horse, it

نزدیک کی بصارت کے لئے مختلف ٹائپ - (ماھر جیگر کے مطابق)
جن کو ماھر سطے لین کے نقشہ کے ساتھ تطبیق دیگئی ہے - اور وہ فاصلہ بھی
بتایا گیا ہے جس سے کہ طبعي بصارت والي آنکھ کو ان کو پڑھنا چاھئے •

خیال ہے کہ ان امتحانات میں حروف کو پڑھانا بڑی غلطی ہے۔

ماہر جیگر نے پڑھنے کے لئے معمولی چھاپے کے چھوٹے حروف سے لے کر بڑے حروف تک ترتیب دے ہیں عملی امتحانات کے لئے یہ بھی ویسے ہی کارآمد ہیں۔ امتحان کے وقت مریض کے ہاتھ میں امتحان والی تختی دیدی جاتی ہے اور اس سے پڑھنے کو کہا جاتا ہے۔ مریض جس جگہ پر تختی کو رکھ کر پڑھ سکتا ہے اس سے ہم کو کسی حد تک اس کی آنکھ کی خرابی کا پتہ چلتا ہے۔ اگر وہ بوڑھا ہے اور تختی کو دور رکھ کر پڑھتا ہے تو اس کا مطلب یہ ہے کہ اس مریض کی دور کی بینائی طبعی ہے لیکن بصر شیخوخت لاحق ہے اور اگر وہ تختی کو پڑھنے کے معمولی فاصلہ سے کم فاصلہ پر رکھ کر پڑھتا ہے اور اس فاصلہ سے وہ چھوٹے سے چھوٹے حروف کو بآسانی پڑھ سکتا ہے تو اس کا مطلب یہ ہوگا کہ اس کو قصر بصر لاحق ہے خواہ اس کی عمر کچھ ہی ہو۔ کبھی دیکھا دیکھی نزدیک رکھ کر پڑھنے کی خراب عادت بچوں میں پیدا ہو جاتی ہے۔ اب ہم سب سے پہلے طبعی بصارت والے مریض کو لیتے ہیں۔

(۱) طبعی بصارت والا مریض اگر ۶/۶ والی سطر پڑھ سکتا ہے تو اس کو علی طول بصر بالکل نہیں۔ اگر وہ جیگر کا نمبر ۱ پڑھنے کے معمولی فاصلہ (۹ انچ یا ۲۲ سنٹی) سے پڑھتا ہے تو اس کو ہم ذیل کے طریقہ پر ظاہر کرتے ہیں

بصارت = ۶/۶ عدم طول بصر ج ۱

اگر نزدیک سے پڑھنے کا فاصلہ لکھا ہوا نہ ہو تو اس کا مطلب یہ ہوگا کہ پڑھنے والی تختی نو انچ کے فاصلہ پر تھی۔

(۲) اب فرض کیجئے کہ ایک مریض جو ۶/۶ پڑھ سکتا ہے اور اس کو (ظاہری) علی طول بصر نہیں لاحق مگر ج نمبر ۱ کو بآسانی پڑھ سکتا ہے۔ اس صورت میں اگر وہ تختی کو آنکھ کے قریب لاکر پڑھے تو تختی کے فاصلہ کا اندازہ کرلینا ضروری ہے۔ فرض کیجئے کہ یہ فاصلہ ۵ انچ ہے تو اس کو ہم ذیل کے طریقہ پر لکھیں گے۔

بصارت = ۶/۶ عدم طول بصر ج نمبر ۱ ۵ انچ کے فاصلہ پر۔

(۳) اب ایک مریض ایسا ملتا ہے جس کی عمر ۵۵ سال ہے اور ۶/۶ کو وہ پڑھ سکتا ہے اور اس کو (ظاہری) علی طول بصر نہیں ہے۔ اب اس کو نزدیک سے پڑھنے والی تختی دی جائے اگر وہ اس تختی کو دور رکھ کر پڑھے اور اس کے باوجود بھی ج نمبر ۱ کو پڑھ سکے تو اس صورت میں یہ معلوم کرنا کہ وہ کونسی سطر اور کس فاصلہ سے اس کو پڑھ سکتا ہے بالکل فضول امر ہے کیوں کہ ہم کو معلوم ہے کہ اس کی عمر ۵۵ سال ہے اس کی طاقت توفیق صرف + ۱ ابصر یہ باقی رہ گئی

ہے ۔ لہذا اب ہم کو صرف اتنا معلوم کرنا چاہیئے کہ آیا وہ ج نمبر ا کو پڑھنے کے معمولی فاصلہ سے پڑھ سکتا ہے یا نہیں ؟ ۔ لیکن اس امر کے فیصلہ سے پہلے اس کی بصر شیخوخت کو درست کرلینا ضروری ہے ۔ لہذا ہم کو چاہیئے کہ ایسے مریض کی آنکھ کے سامنے + ۳ بصریہ والا عدسہ لگا کر اس سے کہیں کہ وہ تختی کو نزدیک لاوے اور اس سے پوچھیں کہ وہ چھوٹے سے چھوٹا حرف پڑھ سکتا ہے یا نہیں ۔ اگر وہ بآسانی پڑھ سکے تو ذیل کی صورت میں اس کو ظاہر کریں گے ۔

بصارت = $\frac{6}{6}$ عدم طول بصر + ۳ بصریہ عدسہ = ج نمبر ا

(۴) آخر میں ہم ایک ایسا مریض لیتے ہیں جس کی عمر ۵۰ سال ہے اور وہ $\frac{6}{12}$ پڑھ سکتا ہے اور + ۲ بصریہ طاقت والے عدسہ سے $\frac{6}{6}$ پڑھ سکتا ہے ۔ مذکورہ مریض کی طرح یہ مریض بھی تختی کو دور رکھ کر پڑھے گا ۔ اور اس کے باوجود وہ اچھی طرح نہ پڑھ سکے گا ۔ ہم کو یہ معلوم ہے کہ ایسے مریض کی طاقت توفیق + ۲ بصریہ باقی ہے اور اس کو + ۲ بصریہ طول بصر بھی لاحق ہے لہذا ہم اس وقت تک کبھی یہ امید نہیں کر سکتے کہ یہ مریض پڑھنے کے معمولی فاصلہ سے جیگر نمبر ا کو پڑھ سکے جب تک کہ اس کی بصر شیخوخت کے ساتھ اس کے طول بصر کو بھی درست نہ کر دیا جائے ۔ ایسی صورتوں میں ہمیشہ ہم کو + ۴ بصریہ طاقت والا عدسہ لگا کر مریض سے پڑھوانا چاہیئے ۔ اگر ہم ایسا کریں گے تو وہ آسانی سے ج نمبر ا کو پڑھ لے گا ۔ اس مریض کی بصارت کو ظاہر کرنے کا طریقہ ذیل میں درج کیا جاتا ہے ۔

بصارت = $\frac{6}{12}$ طول بصر + ۲ = $\frac{6}{6}$ + ۴ بصریہ محدب عدسہ = ج نمبر ا

معمولی اصول جو بصر شیخوخت کے لئے مقرر کیا گیا ہے وہ یہ ہے کہ ۴۰ سال کے بعد ہر ۵ سال کے لئے + ۱ بصریہ طاقت والا عدسہ دینا چاہیئے مگر تجربہ سے بعض اوقات یہ کسی قدر زیادہ ثابت ہوتا ہے ۔ لہذا شاذ و نادر ہی صورتوں میں اس سے زیادہ دینے کی ضرورت پڑتی ہے ۔

طاقت توفیق کی وسعت طاقت توفیق کی حد معلوم کرنے کے واسطے ضروری ہے کہ جلی طول بصر کے ساتھ ہم کو اس امر کا بھی علم ہو کہ پڑھنے کے معمولی فاصلہ سے جیگر کے چھوٹے سے چھوٹے حروف پڑھنے کی مریض کے اندر کتنی قابلیت موجود ہے ۔ عموماً طاقت توفیق کا ہم پوری طرح معائنہ نہیں کرتے ۔ مگر یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ اس امتحان میں زیادہ غور و فکر کے ساتھ مزید تصحیح کی ضرورت ہوتی ہے ۔ آنکھ کے نقطہ قریبہ کو معلوم کرنے کا طریقہ ہم پہلے

بیان کر چکے ہیں۔ اب عملی حیثیت سے اس کے معلوم کرنے کا بہترین طریقہ درج کرتے ہیں وہ یہ ہے کہ جیگر کے چھوٹے سے چھوٹے حروف والی سطر کو آنکھ سے نزدیک لاتے جائیں یہاں تک کہ اس کو بالکل نہ پڑھ سکیں۔ بس یہی آخری مقام جہاں پر کہ یہ حروف دکھائی نہیں دیتے وہی آنکھ کا نقطہ قریبہ ہے۔ اس فاصلہ کو آنکھ سے ہم ناپ لیتے ہیں۔ اگر ضرورت محسوس ہو تو اس کو ملی میٹر میں لکھ دیتے ہیں (۲۵ م م = ۱۔ انچ) طاقت توفیق کی حدود ذیل کے قاعدہ سے معلوم کی جاتی ہیں۔ ا = پ - س کے مفہوم کو ہم پہلے بیان کر چکے ہیں۔

ا = پ - س یعنی حدود طاقت توفیق = آنکھ کی انعطافی طاقت (جب کہ طاقت توفیق پوری طرح برسرکار ہو) - آنکھ کی انعطافی طاقت بحالت سکون۔ اس میں شک نہیں کہ طول بصر والے مریضوں کی طاقت توفیق کی حدود کو ہم پوری طرح اس وقت تک معلوم نہیں کر سکتے۔ جب تک کہ اس مریض کا کلی طول بصر ہم کو معلوم نہ ہو۔ یہ ممکن ہے کہ اس کے معلوم کرنے کے واسطے آنکھ میں باسط حدقہ دوا کے ڈالنے کی ضرورت پڑے۔

عملی حیثیت سے ہم کو صرف یہ معلوم کرنے کی ضرورت محسوس ہوتی ہے کہ کہیں طاقت توفیق مسترخی تو نہیں ہو گئی۔ جیسا کہ خناق وبائی کے بعد یا کبھی باسط حدقہ دوا کے ڈالنے سے ہوا کرتا ہے۔ ان صورتوں میں صرف نقطہ قریبہ کے فاصلہ کا جاننا کافی ہوتا ہے۔ اس کو معلوم کرنے کے بعد حدقہ کے تفاعل کو معلوم کرتے ہیں اور لکھ لیتے ہیں اگر اس وقت بصارت کی کمی کی وجہ سے آنکھ میں باسط حدقہ دوا ڈالنے کی ضرورت پڑے اور ہم مذکورہ امتحان کو نظر انداز کر جائیں تو پھر اس کا امتحان ناممکن العمل ہو جاتا ہے۔ اسی لئے معائنہ کے بعد حدقی تفاعل کا لکھ لینا ضروری ہے۔

میدان بصر خارج میں وہ میدان ہے جس کے اندر رہتے کو انسانی آنکھ دیکھ سکتی ہے یا یہ بھی کہہ سکتے ہیں کہ اگر آنکھ ٹھیک سامنے کی طرف دیکھے تو اس کی بصارت کا وہ وسیع میدان جس میں اوپر نیچے دائیں بائیں کی اشیاء کو آنکھ دیکھ سکے۔ اس آنکھ کا میدان بصر کہلاتا ہے۔

اگر ہم سمندر کے کنارے کھڑے ہو کر افق پر کسی جہاز کو دیکھیں تو اس جہاز کی شبیہ آنکھ کے مرکز پر بنتی ہے

دنیا میں ہر وہ چیز جس کی شبیہ (Image) شبکیہ کے مرکز پر بنتی ہے وہ خط بصارت

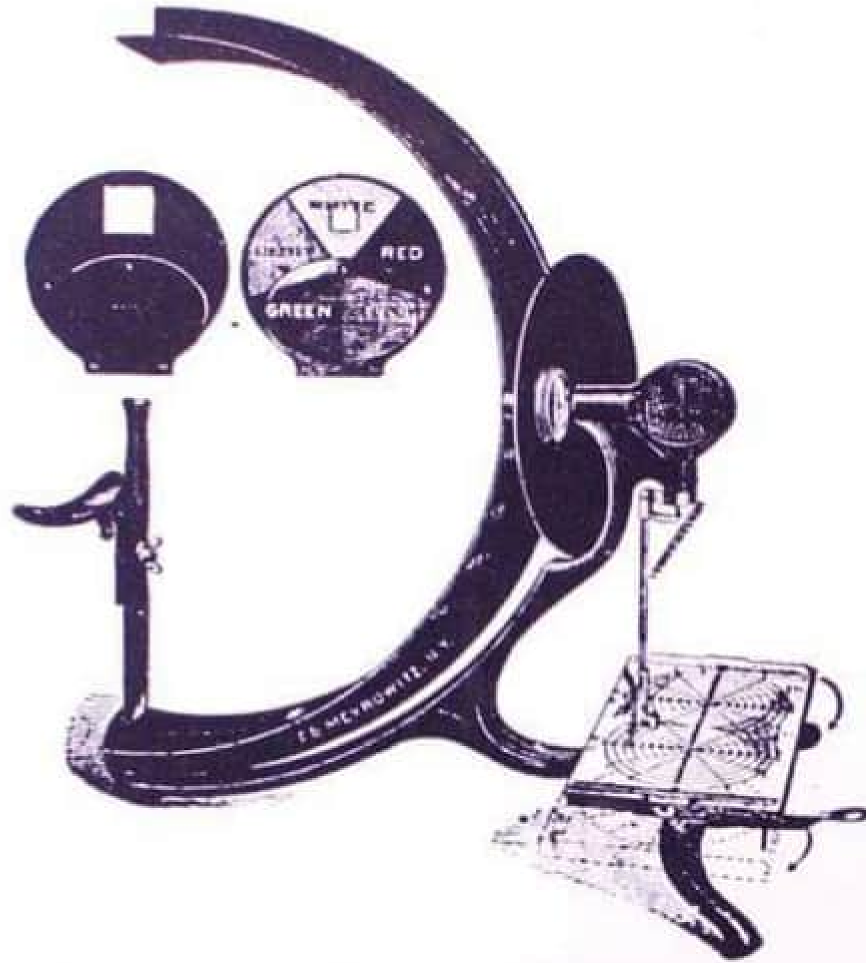
(Line of vision) پا ہوتی ہے یعنی اس خط پر جو شبکیہ کے مرکز و آنکھ کے (Nodaalpoint
نقطہ تقاطع میں سے گذرتا ہے۔ افق پر کسی جہاز کو دیکھنے میں چاروں طرف میلوں تک ہم مختلف اشیاء کو دیکھتے ہیں حالاں کہ وہ بالکل صاف نہیں دکھائی دیتیں۔ آنکھ کے انعطافی نظام کو جانتے ہوئے ہم کہہ سکتے ہیں کہ ان اشیاء کی شبیہ شبکیہ کے چاروں طرف کے حصص پر پڑتی ہے۔ شبکیہ کے کسی مقام پر جو شبیہ بنتی ہے وہ اس خط پر ہوتی ہے جو اس شے سے لے کر آنکھ کے نقطہ تقاطع سے گذرتے ہوئے مقام شبیہ تک پہونچتا ہے میدان بصر گویا وہ میدان ہے جو ان مختلف شبکی نقاط سے باہر کی طرف خطوط کھینچنے سے بنتا ہے، وہ جہاں تک بصارت موجود ہوتی ہے۔

اجمالی طریقہ پر میدان بصر کا معائنہ

اس کے معائنہ کے بہت سے طریقے ہیں۔ مگر ایک موٹا اور معمولی طریقہ جس کو ہر مریض کے امتحان میں کام میں لانا چاہئے۔ ذیل میں درج ہے۔ مریض کے سامنے ۲۰ انچ — ۲ فیٹ کے فاصلہ پر معالج کھڑا ہو جائے اور مریض اپنی بائیں آنکھ پر ہاتھ کی ہتھیلی رکھ کر بند کرلے اب مریض سے کہا جائے کہ وہ معالج کی بائیں آنکھ کی طرف سیدھا دیکھتا رہے۔ معالج اپنی دائیں آنکھ کو بند کرلے اور اپنے ہاتھ کو محیط سے مرکز (اندر) یعنی اس خط بصارت کی طرف لاوے جو اس کی بائیں آنکھ اور مریض کی دائیں آنکھ کی بصارت کا مشترک خط ہے اور اپنے ہاتھوں کو اس سطح پر رکھے جو اس کے اور مریض کے درمیانی فاصلہ کے نصف مقام کے مقابل محیط پر ہے۔ معالج جس وقت اپنے ہاتھ کو دیکھ سکے مریض کو بھی اسی وقت یہ ہاتھ نظر آنا چاہیے میدان بصر کے مختلف اطراف میں اوپر نیچے دائیں بائیں معالج کو اپنے ہاتھ کو اسی طریقہ پر حرکت دینا چاہئے۔ مذکورہ طریقہ بہت سادہ عمدہ اور آسان ہے۔ اس طریقہ میں معالج کے میدان بصر کو ہم طبعی فرض کرتے ہیں اور معالج اپنے میدان بصر سے مریض کے میدان بصر کا موازنہ کرتا ہے۔ اس میں چوں کہ ہر وقت مریض کی آنکھ کی طرف معالج دیکھتا رہتا ہے۔ اس لئے مریض کی آنکھ کی معمولی حرکات کو بھی درست کرسکتا ہے۔

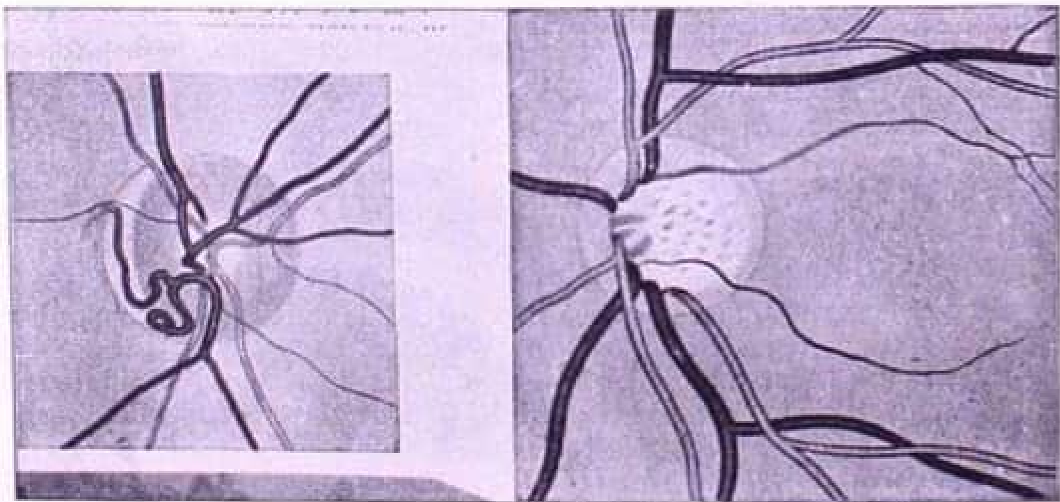
اس طریقہ سے میدان بصر کا معائنہ کرنے میں موٹی موٹی خرابیاں جو باقی رہ جاتی ہیں وہ عمی نصفی (Homon ymus) - یا - عمی نصف صدغی (Bitemporal hemianopia) ہیں موخر الذکر کبر الاطراف (Acromegaly) یا غدہ نخامیہ کی رسولی کی صورت میں پایا جاتا ہے

۱۰۴



مقیاس محیط النظر — (ماهو شکل ۲) جس کے ذریعہ میدان بصر کے متعلق خود بخود نشان دهی هو جاتی هے •

۱۰۷ (B)



(۱) قرص بصری کا غیر معمولی قعر جو کہ مرضی نهیں بلکہ طبعی هے •
(۲) هلال صدفی قرص بصری •

اس کے امتحان کا طریقہ یہ ہے کہ مریض کی دونوں آنکھیں کھلی ہوں اور وہ معالج کی طرف دیکھتا ہے۔ معالج اپنے دونوں ہاتھوں کو اوپر اٹھا کر ان میں سے ایک کو ایک میدان بصر کے صدغی حصہ میں اور دوسرے کو دوسرے میدان بصر کے صدغی حصہ میں رکھے اور مریض سے کہے کہ وہ اس کے ہاتھ کو چھوئے۔ اگر مریض یہ دریافت کرے کہ وہ کونسے ہاتھ کو چھوئے تو سمجھا جائے گا کہ اس کو معالج کے دونوں ہاتھ دکھائی دیتے ہیں۔ اگر وہ کسی ایک ہاتھ کی طرف اپنے ہاتھ کو بڑھائے تو اس سے دریافت کریں کہ کیا اس کو دوسرا ہاتھ نہیں دکھائی دیتا۔ جب صرف ایک ہاتھ دکھائی دے تو سمجھنا چاہیے کہ اس کی سمی عمی نصفی Homon ymus hemianopia لاحق ہے۔ اگر میدان بصر میں کوئی خاص نقص معلوم ہو یا اس کے متعلق کسی قسم کا شبہ ہو تو مقیاس محیط النظر سے صحیح طور پر میدان بصر کا نقشہ تیار کیا جائے۔

مقیاس محیط النظر — Perimeter یہ آلہ نصف دائرہ نما قوس کی شکل کا ہوتا ہے اس کی پشت پر دائرے کی ڈگریوں کے نشانات بنے ہوتے ہیں۔ یہ قوس اپنے محور پر گھومتی ہے۔ محور کا نشان اس قوس کے اندر کی طرف اس کے ٹھیک نصف حصہ کے مقام پر سفید رنگ کا ہوتا ہے۔ مریض کے لئے ٹھوڑی رکھنے کے واسطے ایک جگہ بنی ہوتی ہے۔ جس پر ٹھوڑی رکھ کر مریض اس سفید نشان کی طرف ٹکٹکی باندھ کر دیکھتا ہے۔ آلہ کی پشت پر ہم مرکز دائروں کا بنا ہوا ایک نقشہ ہوتا ہے۔ یہ ہم مرکز دائرے ان ڈگریوں کو ظاہر کرتے ہیں جو قوس کی پشت پر نشانات کے ذریعہ دکھائی گئی ہیں جو آلے خود میدان بصر کا نقشہ تیار کرتے ہیں عام طور پر وہی استعمال کئے جاتے ہیں۔ ابتدائی نقشہ کے مختلف مقامات پر ایک تیز نوک کے ذریعہ نشانات لگائے جاتے ہیں پھر ان کو آپس میں ایک پنسل سے ملا دیتے ہیں۔ گویا کہ میدان بصر کا نقشہ تیار ہو گیا۔ اس آلہ کے ذریعہ میدان بصر کا نقشہ بنا کر طلبار کو عملی حیثیت سے سمجھانے سے زیادہ سمجھ میں آسکتا ہے (تصویر نمبر ۱۰۴ ملاحظہ ہو)

اس معائنہ میں ذیل کے امور کو مد نظر رکھنا چاہیے۔

۱- مریض کو روشنی کی طرف پشت کر کے بٹھایا جائے (۲) ٹھوڑی رکھنے کے لئے جگہ بتا دی جائے (۳) مریض کا چہرہ بالکل عمودی طور پر رہنا چاہیے۔ آگے پیچھے یا کسی طرف کو جھکا ہوا نہ ہو (۴) ایک آنکھ کو بند رکھیں اور دوسری آنکھ جو قوس کے مرکز میں واقع ہے وہ قوس کے محور کے اندر کی طرف سفید نشان کو دیکھتی ہے۔

شروع شروع میں میدان بصر کا معائنہ ۱۰ ملی میٹر چوڑے کسی سفید نشان سے کیا جائے۔ بہتر یہ ہے کہ ۲ قطروں میں ورنہ کم ازکم ۸ اقطار میں معائنہ کرنا چاہیے۔ اگر میدان بصر بہت چھوٹا ہو تو اس کے معائنہ کے لئے ۵ ملی میٹر کا مربع سفید رنگ استعمال کرنا چاہیے۔ اور پھر اس کو از سر نو تمام اطراف میں دہرانا چاہیے۔ ہر طرف جب یہ سفید رنگ کا مربع توس پر محیطی حصّہ سے مرکز کی طرف لایا جائے تو مرکز تک ضرور لے جایا جائے کیوں کہ اس امر کا امکان ہے کہ میدان بصر کے اندر ایسے مقامات موجود ہوں جو بے بصارت (Absolute scotomata) ہوں اگر ایسے مقامات ہوں تو ان کا بھی اسی طرح نقشہ بنانا چاہیے جس طرح میدان بصر کا نقشہ بنایا جاتا ہے اگر یہ بے بصارت رقبے بہت چھوٹے ہوں تو ان کا نقشہ بنانے کے لئے ۲ ملی میٹر مربع سفید رنگ استعمال کیا جائے جس سفید نشان کو معائنہ میں استعمال کریں اس کا حجم اور مریض کی آنکھ سے اس کا فاصلہ ان دونوں چیزوں کو بھی ضرور لکھنا چاہیے تاکہ بصارت کی طرح اس کا بھی ہم کو صحیح علم ہو۔ ﷽ چھوٹی اشیاء سے نسبتی عتمہ بہ نسبت بڑی اشیاء کے جلد معلوم ہو جاتا ہے۔

سفید رنگ کے میدان بصر کا نقشہ بنانے کے بعد بعینہٖ یہی طریقہ دوسرے رنگوں کے استعمال میں اختیار کریں۔ ہر رنگ کے لئے میدان بصر میں بیرونی حدود وہ ہیں جہاں پر محیط سے مرکز میں آتے ہوئے رنگ کو پہلے پہل آنکھ پہچان سکے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ اس مقام پر پہونچنے سے پہلے ہی یہ شے دکھائی دے مگر اس کا رنگ خاکستری دکھائی دے گا۔ اس حد کا صحیح طور پر تعین کرنا مشکل ہے۔ کیونکہ مختلف رنگ جیسے جیسے آنکھ کے نقطہ بصارت سے باہر کو جاتے ہیں ویسے ویسے ان کی گہرائی اور رنگیت میں فرق ہو جاتا ہے۔

معمولی حالت میں نیلے رنگ کا میدان بصر سب سے بڑا مگر سفید سے ذرا کم ہو جاتا ہے۔ اس کے بعد زرد رنگ کا نمبر ہے اس کے بعد سرخ اور سبز ان کے علاوہ دو رنگ بنفشئی سرخ (Purplish red) اور نیلگوں سبز (Bluish green) ہوتے ہیں۔ جن کا میدان بصر یکساں ہوتا ہے۔ اسی طرح ایک خاص قسم کا زرد رنگ ہوتا ہے۔ یہ دونوں یکساں میدان بصر کی وجہ سے ایک دوسرے سے ملتے ہیں۔ اگر ان رنگوں کو Complementary زوجی کہا جائے تو مناسب ہے۔ سرخ اور سبز رنگ کا مخلوط یا نیلا اور زرد کا مخلوط سفید رنگ پیش کرتا ہے۔

۱۰ ملی میٹر والے سفید مربع سے خوب روشنی کی حالت میں میدان بصر کی حدود آئندہ نقشہ میں دکھائی

گئی ہیں۔ ان کی مخصوص شکل طبقہ شبکیہ کے حساس رقبہ کی وجہ سے ہے مگر اس میں تغیر تبدل ممکن ہے۔ بشرطیکہ معمولی طور پر میدان بصر کا نقشہ تیار کیا گیا ہو۔ کیوں کہ اس کے راستے میں اوپر کی طرف بھوئیں (ابرو) اور اندر کی طرف ناک آجاتی ہے جس کی وجہ سے نقشہ ان اطراف میں محدود ہو جاتا ہے۔ (تصویر ۱۰۵)

اگر ہم میدان بصر کا نقشہ تیار کرتے وقت داہنی آنکھ کے معائنہ پر بائیں طرف کو اور بائیں آنکھ کے معائنہ پر داہنی طرف کو تھوڑا سا سر کو گھمالیں تو یہ شکایت رفع ہو جاتی ہے۔ نقشہ سے معلوم ہوگا کہ میدان بصر سفید رنگ کے لئے ۴۵ ڈگری تک جاتا ہے۔ باہر کی طرف ۹۰ ڈگری سے زیادہ نیچے کی طرف ۷۰ ڈگری اور اندر کی طرف ۶۰ ڈگری تک پہونچتا ہے۔ میدان بصر کا نقشہ روشنی کی کمی بیشی سے چھوٹا بڑا ہو سکتا ہے۔ اسی طرح جس شے سے معائنہ کیا جائے اس کے چھوٹا بڑا ہونے سے اس میں اختلاف پیدا ہو سکتا ہے۔ علیٰ ہذا القیاس جس میں پر معائنہ والی شے آگے پیچھے کو حرکت دی گئی ہو اس پر بھی میدان بصر کے نقشہ کے چھوٹا بڑا ہونے کا انحصار ہے۔ آنکھ کے (Adaptation) کی حالت پر بھی اس کا دار و مدار ہوتا ہے۔

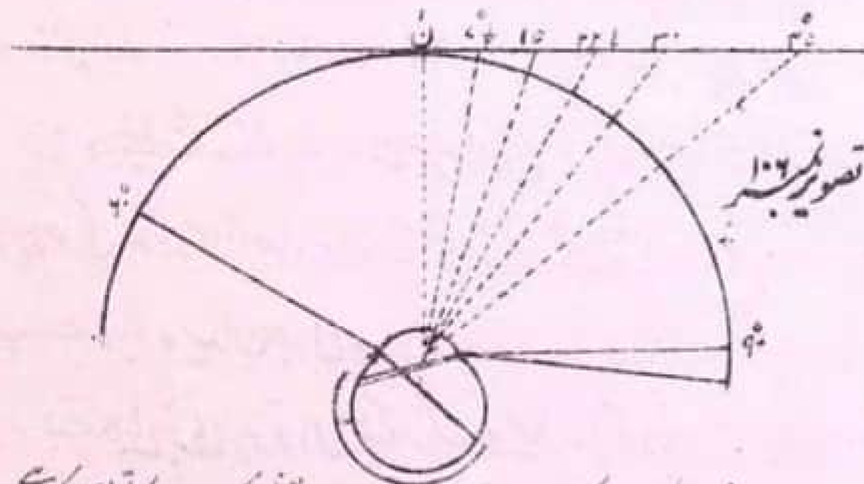
زرد اور نیلے رنگ کے لئے میدان بصر ہر طرف ۱۰ ڈگری کم ہوتا ہے۔ سرخ اور سبز کے لئے ۱۰ ڈگری اور بھی کم ہوتا ہے۔ رنگ کے میدان بصر کی حدود کا انحصار صرف روشنی کی کمی بیشی پر نہیں ہے بلکہ خود رنگ کی شوخی اور ہلکے پن کو بھی دخل ہے۔ سب سے زیادہ میدان بصر کی حدود کا دار و مدار اس شے کے حجم پر ہوتا ہے جو معائنہ کے لئے استعمال کی گئی ہے اگر یہ شے کافی بڑی ہو تو اس کے رنگ کو محیط کے نزدیک بھی پہچانا جا سکتا ہے۔

مقیاس کے ذریعہ میدان بصر کا امتحان ایک موٹا سا طریقہ ہے جو مریض کے احساسات پر مبنی ہے لہذا عصبی المزاج اور غبی مریضوں میں اس کو مشکوک سمجھنا دور اندیشی ہوگی۔ میدان بصر میں سب سے زیادہ اختلاف پیدا کرنے والی چیز روشنی ہے۔ اچھی روشنی میں اگر کوئی شے آنکھ کے نقطہ تقاطع سے ۰.۵ ڈگری کا زاویہ بنائے تو اس سے سفید رنگ کا پورا میدان بصر حاصل ہوگا۔

معمولی ۱۰ ملی میٹر مربع جو میدان بصر کے مقیاس میں خاص فاصلہ سے استعمال کیا جاتا ہے (۳۰ سنٹی میٹر بیضہ $\frac{1}{3}$) اس سے آنکھ کے نقطہ تقاطع پر ۲ درجہ کا زاویہ بنتا ہے۔ مختلف رنگوں کے میدان بصر کے نقشہ جات سے مختلف نتائج کا انبساط غیر یقینی ہوتا ہے۔

مرکزی حصہ میں سُرخ اور سبز رنگ کے لئے خاص احتیاط کرنا چاہئے کیوں کہ بعض صورتوں میں مرکز پر ان رنگوں کو مریض نہیں پہچان سکتا۔ جیسا کہ تمباکو نوشی کی وجہ سے جب ضعف بصارت پیدا ہو جائے یا قلت مقلی التہاب عصب باصرہ موجود ہو تو ان دونوں حالتوں میں مرکزی نسبتی عتمے Central relative scotomata پیدا ہو جاتے ہیں۔ آنکھ کے نقطۂ قیام (Fixation point) پر ۵ ملی میٹر کا ایک مربع رکھ کر اس کا رنگ بدل دیں۔ اس مقام پر زرد اور نیلا دونوں رنگ صاف معلوم ہوں گے مگر سرخ اور سبز نہ معلوم ہونگے۔

(۳) اگر معائنہ میں زیادہ تفصیل درکار ہو تو ذیل کا طریقہ اختیار کریں۔ مگر یاد رہے کہ یہ طریقہ صرف مرکز یا مرکز کے نزدیک کے حصص کے لئے زیادہ موزوں ہے۔ ایک بڑی سیاہ زمین جو ۲ میٹر چوڑی ہو (بجرم کا سترہ) اس کے سامنے ۲ میٹر کے فاصلہ پر مریض کو بٹھا دیں اور مریض سے کہیں کہ سترہ کے مرکز میں ایک مقام پر ٹکٹکی باندھ کر دیکھے۔ اب اس سترہ پر محیط سے مرکز کی طرف ایک سے ۱۰ ملی میٹر قطر کی ہاتھی دانت کی قرص کو لادیں قرص کے ساتھ سیاہ دستہ لگا ہو تاکہ وہ دکھائی نہ دے۔ اس فاصلہ پر ۳ ملی میٹر مربع حجم والی چیز کا زاویہ بصارت ۵ منٹ کا ہوتا ہے۔ ایسا کرنے سے ہم کو وہ باتیں معلوم ہو جاتی ہیں جو مقیاس محیط النظر سے نہیں معلوم ہوتیں حالاں کہ وہ تشخیص کے لئے اہمیت رکھتی ہیں۔



دائیں آنکھ کا خاکہ جسمیں شبکیہ اور مقیاس محیط النظر کے درجات کا تعلق دکھایا گیا ہے۔ ان درجات کو اگر خط مماس تک بڑھائیں تو انکا بھی تعلق مماسی پیمانے پر ظاہر ہوگا۔

ن ـ نقطہ قیام ـــــ ع ـ نقطہ تقاطع۔

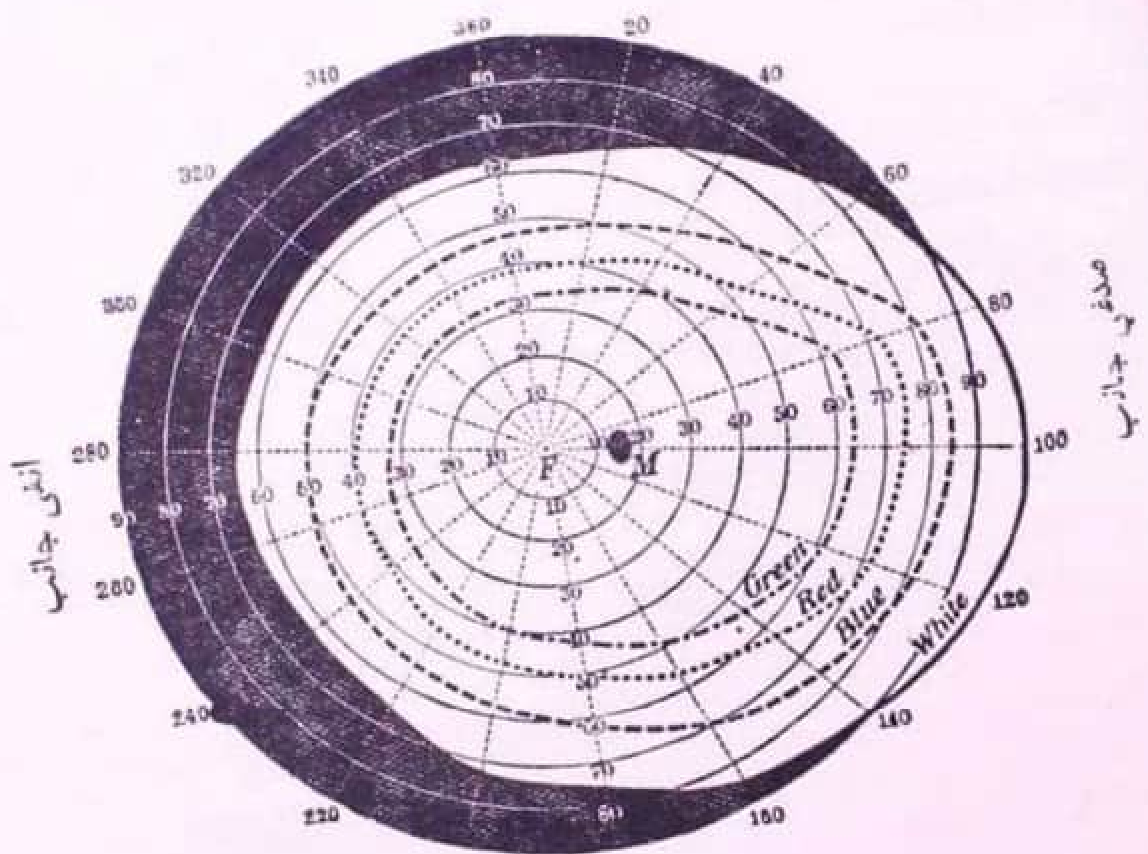
اس طرح نہایت خفیف مقام کا معائنہ کیا جا سکتا ہے۔ ان کا ٹیڑھا میڑھا ہونا بھی ممکن ہے۔ اس طریقہ سے بعض ایسے نکتے معلوم ہو سکتے ہیں جو مقیاس میدان بصر سے نہیں معلوم ہوتے۔ حالانکہ یہ تشخیص کے لئے نہایت اہم ہیں

عتمجات کو معلوم کرنے کے مختلف آلے بجرم کے سترہ کے اصول پر تیار کئے گئے ہیں۔

میدان بصر کا نقشہ — دائیں آنکھ کا میدان بصر سفید ، نیلی ، سرخ اور سبز اشیاء کے لئے جن کا حجم ۲۰ مربع ملی میٹر ہو — (ماہر باس کے مطابق) طبعی آنکھ میں سفید اشیاء کے لئے خواہ اُن کا حجم ۲ یا ۳ مربع ملی میٹر ہی کیوں نہ ہو میدان بصر تقریباً اتنا ہی ہوتا ہے مگر دوسرے رنگ کی اشیاء کے لئے جیسے جیسے اس شے کا حجم چھوٹا ہوتا جائے ویسے ویسے میدان بصر بھی چھوٹا ہوتا جاتا ہے — اس کے علاوہ رنگ کی گہرائی ، ہلکاپن - رنگ کو روشن کرنے والی شعاعوں ، نیز مختلف رنگوں کے ساتھ آنکھ کی طاقت موانست اور دوسرے حالات پر بھی میدان بصر کا انحصار ہوتا ہے — قطع نظر اس کے مختلف مریضوں کے اعتبار سے بھی اس میں تفاوت ہوتا ہے — لہذا ہم کوئی معیار اس کے واسطے نہیں قائم کرسکتے — اس تصویرمیں جو حدود مقرر کی گئی ہیں اُن کو زیادہ سے زیادہ خیال کرنا چاہئے اکثر حالتوں میں ان سے ۱۵ — ۲۰ فی صدی کی کمی بھی ہوسکتی ہے — بالخصوص سرخ رنگ کے واسطے ، جس کی وجہ یہہ ہے کہ محیط کی طرف سرخ کی جگہ نارنجی یا زرد رنگ لے لیتا ہے — محیط کی طرف سرخ ، نارنجی یا زرد کے اندر تمیز نہ کرسکنے والا حصہ چوڑائی میں تقریباً ۱۰ ڈگری ہوتا ہے — لہذا مریض کا اندازہ سرخ روشنی کی حدود کے واسطے مختلف ہوگا — اکثر یہہ دیکھا جاتا ہے کہ سبز اشیاء کا میدان بصر سرخ کے برابر ہوتا ہے یا اس سے بڑھ جاتا ہے بالخصوص اُس صورت میں جب کہ طیف شمسی والے رنگ استعمال کئے جائیں مذکورہ وجوہ سے رنگین اشیاء کے لئے میدان بصر اُس وقت تک فضول ہوگا جب تک کہ ان حالات کو بھی پوری طرح قلمبند نہ کردیا جائے جن کے ماتحت یہہ امتحان کیا گیا ہے — عام طور پر ہم یہہ کہہ سکتے ہیں کہ مختلف رنگوں کا میدان بصر سرخ رنگ کے ہم مرکز دائروں کی صورت میں ہوتا ہے اور اگر اس سے مختلف حالت ہو تو وہ غیر طبعی ہوگی — اگر اشیاء کافی بڑی اور روشنی بہت تیز ہو تو مختلف رنگوں کے لئے میدان بصر سوائے سبز رنگ کے تقریباً سفید اشیاء کے برابر ہوتا ہے ٭

تصویر ۱۰۵

متعلق صفحہ ۲۰۷



اگر دونوں آنکھوں کے میدان بصر کے نقشوں کو ایک دوسرے کے اوپر رکھ کر دیکھا جائے تو دونوں آنکھوں کے میدان بصر میں ایک خاص رقبہ ایسا ملے گا جو دونوں کے لئے مشترک ہوگا۔ اس کو ہم دونوں آنکھوں کا مشترکہ میدان بصر Field of binocular vision کہتے ہیں۔

احساس نور بجرم کے معائنہ والے حروف کے ذریعہ اجمالی طور پر احساس نور کو ہم معلوم کرسکتے ہیں۔ بجرم کے حروف کیا ہیں؟ دراصل یہ سنیلین کے حروف ہیں جو خاکستری زمین پر چھاپے گئے ہیں اس خاکستری زمین کا رنگ مختلف ہوتا ہے۔ یہ بھی ہوسکتا ہے کہ سنیلین کے معمولی حروف کے ذریعہ روشنی کو کم کرکے معائنہ کیا جائے اور کسی نتیجہ پر پہونچنے کے لئے اپنے احساس سے موازنہ کریں۔ صحیح طریقہ پر احساس نور کو معلوم کرتے کے واسطے اب تک ہمارے پاس کوئی ذریعہ نہیں ہے جتنے آلات اس کے معلوم کرنے کے لئے استعمال کئے جاتے ہیں۔ اُن سے بھی صحیح صحیح اس کا علم نہیں ہوتا۔

طاقت توفیق کے نقائص

بصر شیخوخت کے متعلق ہم مفصل بحث کر چکے ہیں۔ یہ ایک عضوی فعل ہے اس لئے طاقت توفیق کے نقائص کے ماتحت نہیں بیان کیا جاسکتا۔ مگر اس کے علاج کا ذکر اس مقام پر مناسب معلوم ہوتا ہے کیوں کہ اس کو بھی انعطافی طاقت کے نقائص کو رفع کرنے میں کافی تعلق ہے۔

ہم پہلے بتا چکے ہیں کہ جن مریضوں میں طول بصر موجود نہ ہو ان کے واسطے ہم بصریہ طاقت والے عدسہ سے زیادہ طاقت کا عدسہ ہم کو کبھی درکار نہیں ہوتا۔ اور یہ اصول بھی بتا چکے ہیں کہ چالیس سال کے بعد ہر پانچ سال کے لئے ایک بصریہ طاقت کا عدسہ دینا پڑتا ہے۔ اس سے کم طاقت کا چشمہ دینے میں کوئی ہرج نہیں مگر زیادہ طاقت کا ہرگز مناسب نہیں ہوتا بعض ایسے مریض جن کو طول بصر پہلے سے ہو اور اب بصر شیخوخت بھی ہو جائے ان کو ایسے عدسہ کے استعمال سے جس سے یہ خرابی بالکلیہ رفع ہو جائے کسی قدر تکلیف ہوتی ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ ان میں بالکل طاقت توفیق نہ ہونے کے باعث ان کی استدقاقی قوت کو کوئی تحریک نہیں پہونچتی چوں کہ نزدیک سے کام کرنے میں اس طاقت کی ضرورت پڑتی ہے لہذا التصحیح والے عدسے کے ساتھ اگر منشور منشلی بھی ملا دیا جائے تو یہ شکایت

رفع ہو جاتی ہے۔ بہت سے پیشے مثلاً موچی، بڑھئی وغیرہ کے کام ایسے ہیں جو پڑھنے کے اعتبار سے زیادہ فاصلہ سے انجام دئے جاتے ہیں لہذا ایسے پیشے والوں کو ان کے پیشے کا لحاظ کرتے ہوئے کسی قدر کم طاقت کا عدسہ دینا چاہیئے۔

بعض مریض قصر بصر کے ایسے ہوتے ہیں جن کو نزدیک کے کاموں میں عینک کی بالکل ضرورت نہیں ہوتی ان مریضوں کو اگر بصر شیخوخت لاحق ہو تو ان کے واسطے چشمہ کا نمبر دریافت کرنے کے لئے اُن کی عمر اور قصر بصر کی مقدار کا علم ضروری ہے۔ فرض کیجئے کہ ایک شخص کو ۳ بصریہ کا قصر بصر لاحق ہے اور ۴۵ سال کی عمر میں اس کو نزدیک سے کام کرنے کے لئے صرف ۲ بصریہ عینک کی ضرورت ہو تو ۵۰ سال کی عمر میں صرف ۱ بصریہ کی ضرورت ہو گی اور ۵۵ سال کی عمر میں بغیر کسی عینک کے وہ نزدیک کا کام کر سکے گا۔

طاقتِ توفیق کا استرخاء

(Cycloplegia) یا (Paralysis of accommodation)

طاقت توفیق کا استرخاء بعض بیماریوں میں یا بعض دواؤں مثلاً ایٹروپین، اسکوپولامین، وغیرہ کے آنکھ میں ڈالنے سے پیدا ہوتا ہے۔ اگر ایک آنکھ کی طاقت توفیق زائل ہو تو غالب خیال یہی ہو گا کہ کسی دوا کے ماتحت ایسا ہوا ہے یا عصب ثالث کے استرخاء کی وجہ سے یہ حالت رونما ہوئی ہے۔ دونوں آنکھوں کی طاقت توفیق کا استرخاء عموماً خناق وبائی کے بعد نتیجہ کے طور پر پیدا ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ بعض کمزور کرنے والی بیماریاں مثلاً نزلہ وبائیہ (انفلوانزا) آتشک۔ ذیابطیس۔ عصبی آتشک اور دماغی امراض کی وجہ سے بھی ہو سکتا ہے۔ زرق المار کے پہلے علامات منذرہ کے طور پر بھی پایا جاتا ہے۔

استرخاء تام کی صورت میں حدقہ عین کے مدور ریشے بھی مسترخی ہو جاتے ہیں۔ اس لئے حدقہ بہت پھیل جاتا ہے۔ جزئی استرخاء میں اس امر کا امکان ہے کہ حدقہ معمولی طور پر متاثر ہو۔ یا بالکل ہی نہ متاثر ہو جیسا کہ خناق وبائی کے بعد والے استرخاء میں ہوا کرتا ہے۔ مگر اس میں آرگائل رابرٹسن حدقہ کے تفاعل کے خلاف حالت یعنی توفیقی رد عمل غائب لیکن نوری انعکاس موجود ہوتا ہے۔ اگر مریض کو قصر بصر لاحق ہو تو اس نقص کا پتہ بھی نہیں چلتا

اگر اس کی بصارت طبعی ہو تو صرف نزدیک کا کام کرتے وقت اور اگر طول بصر کی شکایت ہو تو دور اور نزدیک دونوں کی بصارت پر اثر پڑتا ہے۔ مگر نمایاں اثر زیادہ تر نزدیک کی بینائی پر ہوتا ہے۔ جزئی استرخار کی تشخیص صرف اس صورت میں ممکن ہے جب کہ طاقت توفیق کی وسعت کا صحیح اندازہ لگا لیا جائے۔

خناق وبائی میں حملہ مرض کی ابتدا کے کئی ہفتہ کے بعد طاقت توفیق کا استرخار رونما ہوتا ہے۔ اسی کے ساتھ عضلات حنک (Palate) کا استرخار پایا جاتا ہے اور کبھی انعکاس (Knee jerks) غائب ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ گلے کی خراش معمولی ہو اور خناقی حالت کا صحیح اندازہ نہ ہو سکے۔ مرضی کیفیت دماغی نویہ کے اندر سمّی یا زنفی وجوہ سے پیدا ہوتی ہے۔ ۰ ۵ سال کی عمر میں اگر طاقت توفیق مسترخی ہو جائے تو ذیابیطس کا شک کرنا چاہئے۔ کثرت مے نوشی سے بھی مزمن طور پر یہ حالت پائی گئی ہے۔

خناقی مریضوں میں انذار مرض اچھا ہوتا ہے مگر چوٹ لگنے سے جو استرخار پیدا ہوتا ہے وہ مستقل قائم رہ سکتا ہے۔

علاج سبب کو رفع کیا جائے جن مریضوں میں خناق کے بعد یہ حالت پائی جائے ان کو مقویات۔ خصوصاً جوہر کچلہ استعمال کرایا جائے۔ ہمارا خیال ہے کہ ضد سمین مصل کی چند پچکاریاں بھی زیادہ مناسب ہیں۔ آنکھ کو آرام پہونچایا جائے۔ چشمہ دینے کے لئے جلدی نہ کی جائے۔ بعض اوقات قابض حدقہ دوائیں بھی استعمال کرائی جاتی ہیں۔ لیکن میرا خیال ہے کہ ان سے بجائے فائدہ کے نقصان پہونچتا ہے۔ مسلسل کہربائی رو کا باقاعدہ استعمال بھی مفید ثابت ہوتا ہے۔

طاقت توفیق کا تشنج

Spasm of accommodation

دوسرے الفاظ میں عضلہ ہدبی کا تشنجی انقباض کہلاتا ہے یہ ہم بتا چکے ہیں کہ عضلۂ ہدبی میں طبعی تناؤ بھی ہوتا ہے جس کو ہم اٹروپین کے اثر سے زائل کر سکتے ہیں۔ اس کی طاقت تقریباً البصریہ ہوتی ہے بعض حالتوں میں دیکھا گیا ہے کہ ایٹروپین کا اثر زیادہ ہوتا ہے جس کی وجہ محض یہ معلوم ہوتی ہے کہ ایٹروپین کے استعمال کے قبل عضلۂ ہدبی تشنجی حالت میں ہوتا ہے۔ یہ حالت صرف بچوں میں پائی جاتی ہے۔ یہ تعجب خیز بات ہے کہ قصر بصر والوں میں زیادہ اور طول بصر والوں میں طاقت توفیق کا تشنج کم ہوتا ہے یعنی مصنوعی طور پر اس سے نسبتی قصر بصر پیدا ہو جاتا ہے۔ قابض حدقہ ادویہ

کو آنکھ میں ڈال کر بھی ہم عضلہ ہدبی کا تشنجی انقباض پیدا کر سکتے ہیں -

اگر کسی آنکھ میں یکا یک طاقت توفیق کا تشنج ظاہر ہو تو تقریباً ایسی تمام صورتوں میں انعطافی نقائص ضرور موجود ہوتے ہیں جس کی وجہ یہ بھی ہے کہ غیر مناسب ماحول میں نزدیک کا کام زیادہ کیا جاتا ہے جب تک ایٹروپین آنکھ میں نہ ڈالی جائے اس حالت کی تشخیص ممکن نہیں ہوتی - جب معائنہ سے بھی اس کی تصدیق ہو جائے تو اس وقت اس کا یقین کر لینا چاہیے

علاج کئی ہفتہ تک آنکھ میں ایٹروپین ڈالی جائے - نزدیک کے کام کاج بالکل بند کر دیے جائیں یہ بھی خیال رکھیں کہ اگر انعطافی نقص موجود ہو تو اس کو دور کریں -

"آنکھ کی انعطافی طاقت کے نقائص"

(Errors of refraction)

قصر بصر - آنکھ کی وہ مناظری حالت ہے - جس میں طاقت توفیق کے سکون کی حالت میں آنکھ کے اندر داخل ہونے والی متوازی شعاعیں شبکیہ کے حساس طبقہ پر پہونچنے سے پہلے ہی ایک مرکز پر جمع ہوتی ہیں - نظری حیثیت سے ذیل کے حالات میں قصر بصر پایا جاتا ہے -

(۱) انعطافی سطوح کا انحنا غیر طبعی ہو - اس کو ہم انحنائی قصر بصر (Curvature myopia) کہتے ہیں -

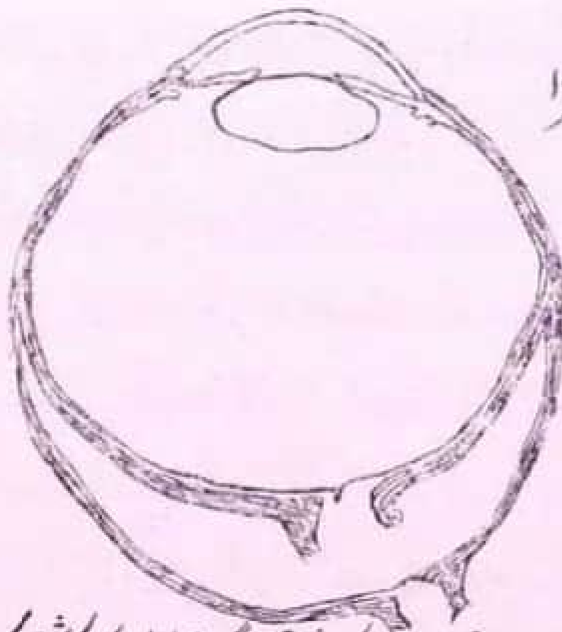
(۲) آنکھ کی لمبائی غیر طبعی ہو یعنی مقدم قطب سے لے کر موخر قطب تک اس کا محور غیر طبعی طور پر لمبا ہو - اس کو ہم محوری قصر بصر (Axial myopia) کہتے ہیں (۳) قرنیہ کا انحنا طبعی حالت سے زیادہ ہو (۴) عدسہ کی ایک یا دونوں سطحیں طبعی حالت سے زیادہ منحنی ہوں (۵) آنکھ کے مختلف انعطافی واسطوں کا تناسب انعطافی غیر طبعی ہو اس کو (Index myopia) کہتے ہیں - تناسب انعطافی کی وجہ سے پیدا ہونے والے قصر بصر میں ذیل کی قسمیں داخل ہیں -

(۱) قرنیہ یا رطوبت کا تناسب انعطافی غیر طبعی ہو (۲) عدسہ کا انعطاف کلی زائد ہو (یعنی) اس کے نویہ کی نسبت انعطافی بہت زیادہ ہو جائے - یا اس کے قشری حصہ کی نسبت انعطافی کم ہو جائے یا اس کے دونوں حصوں میں انعطافی خرابیاں پیدا ہو جائیں (۳) زجاجیہ کی نسبت انعطافی کم ہو جائے (۴) عدسہ غیر طبعی مقام پر ہو (مقدم ضلع

عدسی ہو) (۵) مذکورہ تمام حالتوں میں سے کئی ایک ساتھ جمع ہو جائیں۔

یہ بات تسلیم کی جا چکی ہے کہ شدید قصر بصر میں طبعی حالت کے مقابلہ میں آنکھ زیادہ لمبوتری ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ قصر بصر کی خفیف حالتوں میں اس کے بقیہ اسباب زیادہ پیش پیش ہوں مگر ہنوز ان کی اہمیت کما حقہٗ مسلم نہیں موخر الذکر نظریہ کی حمایت میں کہا جا سکتا ہے کہ تجربہ اس امر کا شاہد ہے کہ قرنیہ کے انحنا کے نصف قطر میں ۱ سے ۰ ½ ملی میٹر تک اختلاف پایا جاتا ہے۔ انحنائی قصر بصر عموماً سداد بصر کی حالت میں ملتا ہے۔ مگر سداد بصر کی حالت بسیط قصر بصر میں نہیں پائی جاتی اور اگر پائی جائے تو قرنیہ کے نقائص (مخروطی قرنیہ) بھی اس کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔ انعطافی قصر بصر عام مریضوں میں نہیں پایا جاتا۔ مگر موتیا بند کے مریضوں کا قصر بصر اس کی بہترین مثال ہے۔ کیوں کہ ان میں قصر بصر کی حالت تو یہ عدسی کے تناسب انعطافی کے بڑھ جانے کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ ذیابیطس کے بعض مریضوں میں موتیا بند ہونے کی وجہ بھی یہی ہوتی ہے خواہ ان مریضوں کے عدسہ میں موتیا بند ہو یا نہ ہو۔

لانبی آنکھ میں جو جگہ ماؤف ہوتی ہے یا جس مقام کے ماؤف ہونے سے آنکھ زیادہ لمبوتری ہو جاتی ہے وہ اس کا قطب موخر اور اس کے گرد و پیش کے مقامات ہیں آنکھ کے سامنے کا حصہ ممکن ہے کہ بالکل طبعی حالت میں ہو۔ عام طور پر آنکھوں میں خفیف یعنی ۲ سے ۶ بصر تک (Simple myopia) ملتا ہے۔ شاذ و نادر ایسا بھی ہوتا ہے کہ بچپن یا جوانی کے آغاز میں یہ خرابی پیدا ہو جاتی ہے اور مسلسل ۲۵ سال کی عمر تک بڑھتی رہتی ہے یہاں تک کہ ۱۵ سے ۲۰ بصر یہ تک قصر بصر لاحق ہو جاتا ہے یہ بڑھنے والا قصر بصر Progressive myopia کہلاتا ہے۔ قصر بصر کی ان دونوں حالتوں کے متعلق مرضی یا تشریحی حیثیت



تصویر نمبر ۱۰۰

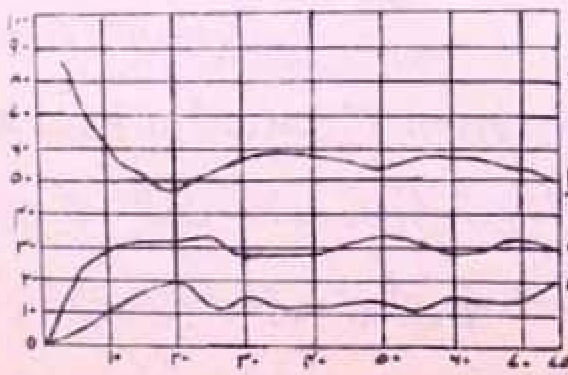
طبعی بصارت والی اور قصر بصر والی آنکھ کا نقی قطع۔ مگر یہ خیال رہے کہ ایک شخص کی دونوں آنکھوں کے قطع کو ایک دوسرے پر رکھ کر دکھایا گیا ہے۔ اس میں دونوں آنکھوں کا استوائی مقدم حصہ یکساں ہے۔ اور خرابی قصر بصر والی آنکھ کے پچھلے حصہ میں واقع ہے۔

سے ہم کچھ نہیں کہہ سکتے۔

خفیف قصر بصر میں اس امر کا امکان ہے کہ صرف دور کی بصارت میں معمولی خرابی لاحق ہو۔ اور شدید حالتوں میں یہ ہو سکتا ہے کہ لکھنے پڑھنے (نزدیک کا کام کرنے کے) بعد آنکھ میں تکلیف و بے چینی پیدا ہو۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ ان مریضوں کی طاقت توفیق اور طاقت استدقاق میں بڑا فرق ہوتا ہے۔ یہ آنکھیں روشنی کے لئے غیر طبعی طور پر حساس ہوتی ہیں۔ اور ایسے مریضوں کو اپنی آنکھوں کے سامنے سیاہ سیاہ دھبے اڑتے ہوئے نظر آتے ہیں۔ بعض اوقات آنکھ کے سامنے بجلی بھی شعلہ کی صورت میں کوندتی ہوئی معلوم ہوتی ہے۔ یہ حالت ان آنکھوں میں بھی پائی جاتی ہے جن میں طبقۂ شبکیہ اپنے مقام سے نہ اکھڑا ہو اور نہ اکھڑنے والا ہو۔ شدید قصر بصر والے مریضوں کی آنکھیں ابھری ہوئی ہوتی ہیں۔ حدقہ عین نسبتاً پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ خزانۂ مقدم طبعی حالت سے زیادہ گہرا ہو جاتا ہے۔ شاید اس کی بھی یہی وجہ ہو کہ حدقہ پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ بظاہر خفیف حول استدقاقی بھی معلوم ہوتا ہے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ کسی مریض میں حول متسع بھی موجود ہو جو ایک یا دونوں آنکھوں میں دیکھا جائے۔ ممکن ہے کہ بینائی خائب ہو جائے اور چشمہ لگانے کے باوجود بھی درست ہونے کا امکان نہ ہو۔ مرکزی یا محیطی عتمے بھی ان میں پائے جاتے ہیں۔

خفیف قصر بصر کی حالت میں منظار العین سے معائنہ کرنے پر قعر عینی کا طبعی حالت میں پایا جانا ممکن ہے مناظری نقایص خاص کر بلا واسطہ معائنہ سے معلوم ہوں گے۔ اوسط درجہ کے مریضوں میں ہلال قصر بصری قرص بصری کے گرد صدغی کنارے پر خصوصیت کے ساتھ اور انفی کنارے پر شاذ و نادر پایا جاتا ہے (تصویر نمبر ۔ ملاحظہ ہو) شدید قصر بصر کی حالت میں اوپر اور نیچے کے کنارے تک پہونچ کر ممکن ہے کہ قرص بصری کے گرد حلقہ کی صورت اختیار کرے۔ شاذ و نادر شدید قصر بصر میں ہلال بالکل غائب بھی دیکھا گیا ہے۔ شدید قصر بصر والے مریضوں میں جو آنکھ قطب موخر پر باہر کی طرف نکل آتی ہے اس کو اصطلاح میں موخر عنبیۂ الصلبیہ (Posterior staphyloma) کہتے ہیں۔ مرضی حالت میں بھی اس کی تشخیص مناظری کیفیات اور مرضی نتائج سے کی جاتی ہے اس کو ہلال قصر بصر کا مترادف نہ سمجھنا چاہئے مناظری حیثیت سے اس کی وجہ سے شدید انعطافی نقص پیدا ہو جاتا ہے جب ہم قرص بصری کے انفی طرف ہم مرکز سایہ کی صورت میں اس کو اور اس کی وجہ سے شبکی عروق کے راستہ میں جو تبدیلیاں ہوتی ہیں ان کو معلوم کرتے ہیں تو بالواسطہ معائنہ سے بھی اس کے کنارے معلوم ہو سکتے ہیں۔ اس عنبیہ کی وجہ سے مشیمیہ اور شبکیہ میں مرضی حیثیت کے فسادی

تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں جن کو ہم اصطلاحاً قصر بصری التہاب مشیمیہ کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔ حقیقتاً یہ نام مناسب نہیں ہے اس کو ترک کر دینا چاہئے کیونکہ یہ حالت التہابی نہیں ہوتی۔ فی نفسہٖ اس کا نام قصر بصری ضمور مشیمیہ وشبکیہ زیادہ بہتر ہوگا۔ یہ تبدیلیاں آنکھ کے قطب موخر اور اس کے چہار طرف رونما ہوتی ہیں۔ اس میں چھوٹے چھوٹے زردی مائل سفید یا رنگین دھبے پائے جاتے ہیں اور بسا اوقات شاخدار سفید خطوط جو عموماً افقی ہوتے ہیں بقعہ صفراوی پر اور اس کے گرد نظر آتے ہیں یہ دھبے آپس میں مل کر قرص بصری تک پہونچ سکتے ہیں قرص بصری کے نزدیک مشیمی ضمور پایا جاتا ہے یہ ضمور بڑھتا ہوا ہلال قصر بصری تک پہونچ جاتا ہے اور اس کے گرد حلقہ کی صورت اختیار کر لیتا ہے۔ محیط میں بھی اس کے چھوٹے چھوٹے مرکز ملتے ہیں۔ شدید قصر بصر کی حالت میں بقعہ صفراوی پر نزف الدم بھی دیکھا گیا ہے مگر یہ بہت شاذ و نادر ہوا کرتا ہے۔ ہمارے خیال میں خفیف نزف الدم کے رقبے حقیقتاً مشیمی عروق شعریہ کے گچھے ہیں جو شبکی تلوین کے کم ہو جانے کی وجہ سے زیادہ واضح نظر آنے لگتے ہیں۔ قصر بصر کی شدید حالتوں میں شبکیہ کے ملون بشرے کا رنگ بہت زیادہ ضائع ہو جاتا ہے جس کی وجہ سے قعر عینی دھبے دار دکھائی دیتا ہے اور مشیمی عروق واضح نظر آتے ہیں۔ ان تمام باتوں کے باوجود بھی بصارت کا اچھا ہونا ممکن ہے۔ آنکھ کے سامنے اڑتے ہوئے سیاہ دھبے دکھائی دیتے ہیں اور منظار العین سے معائنہ کرنے پر زجاجیہ کے اندر غیر شفاف غبار آمیز گالے پائے جاتے ہیں۔ طبعی (Musscae volitantes) قصر بصر میں زیادہ نمایاں ہوتے ہیں۔ شاذ و نادر خطرناک تبدیلی قعر عینی میں بھی ہو سکتی ہے یعنی یہ ممکن ہے کہ حفیرہ مرکزی پر گول سیاہ داغ پایا جائے اور یہ بھی ممکن ہے کہ یہ یکایک ظاہر ہوں جن کی وجہ سے مرکزی بصارت کی تیزی بہت کم ہو جائے۔ اگر ایسا ہو تو اس کا سبب مشیمیہ کے اندر نزف الدم یا انسداد عروق ہے۔ شدید قصر بصر کی حالت میں یکایک شبکیہ کا اپنے مقام سے اکھڑ جانا بھی ممکن ہے۔



شکل ۱۰۵

آنکھ کے بصری نقائص کی تعداد مختلف عمروں میں

اسباب نوزائیدہ بچوں میں قصر بصر شاذ ہی پایا جاتا ہے۔ ۲۰ سال کی عمر تک ایسے مریضوں کی تعداد بہت ہوتی ہے اور ۲۰ سال کے بعد سے ۵۰ فیصدی تک ہوتی ہے۔ ۳۰ فیصدی میں بصارت طبعی ہوتی ہے اور ۲۰ فیصدی میں طویل البصر پایا جاتا ہے۔ شدید قصر بصر زیادہ تر

عورتوں میں ہوتا ہے۔ دہقانی اور پڑھے لکھے نزدیک کا کام کرنے والوں میں یکساں پایا جاتا ہے۔

بعض ماہرین کا قول ہے کہ نزدیک کا کام کرنے سے قصر بصر میں ترقی ہوتی ہے۔ اس میں کوئی شک نہیں کہ نزدیک کا کام کرنا اس مرض پر بُرا اثر ضرور ڈالتا ہے۔ ماہر ڈانڈرس (Donders) کے خیال میں اس کے اسباب میں سے مندرجہ ذیل امور ہیں۔

(۱) نزدیک کا کام کرنے میں زیادہ استدقاقی حالت پیدا ہوتی ہے اور مقلۂ چشم پر عضلات عینی کا دباؤ پڑتا ہے (۲) عروقی احتقان کی وجہ سے توترعین بڑھ جاتا ہے نزدیک کا کام کرنے میں سر کی وضع اس احتقان کا باعث ہوتی ہے۔ کیوں کہ ایسی حالت میں سر کو جھکا کر کام کرنا پڑتا ہے (۳) قعر عینی کا احتقان بھی اس مرض کے لئے معین ثابت ہوتا ہے اس کی وجہ سے نسیجیں نرم ہو جاتی ہیں اسی وجہ سے قطب خلفی پر انتفاخ پیدا ہو جاتا ہے۔ طاقت توفیق کے زیادہ استعمال سے بھی یہ مرض پیدا ہوتا ہے۔ مگر اس نظریئے کے خلاف بہت سے اعتراضات ہیں جن کو ہم ذکر کرتے ہیں۔

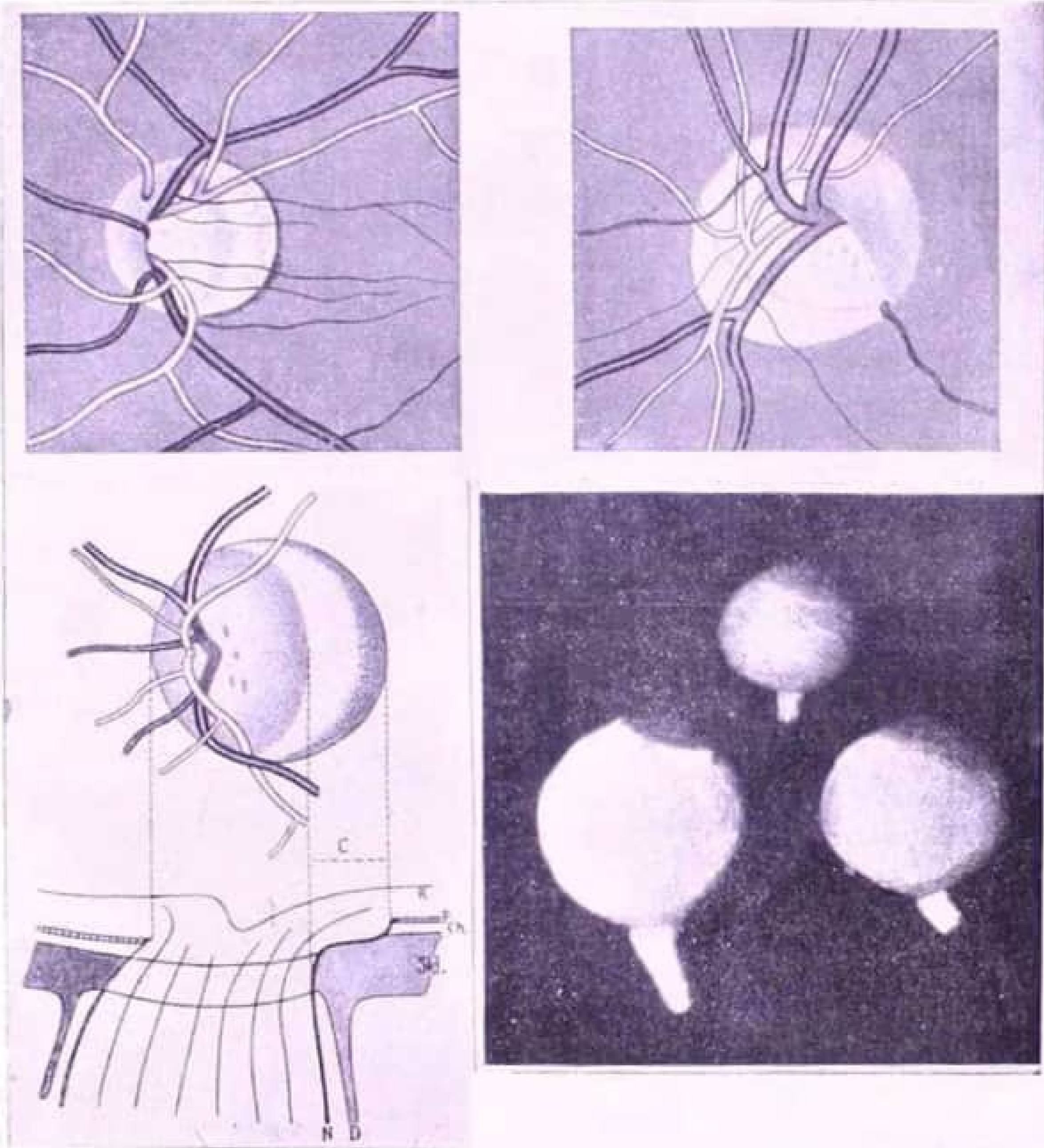
(۱) طول بصر کی حالت میں طاقت توفیق بہت زیادہ طاقت کے ساتھ کام کرتی ہے (۲) اس کی وجہ سے توترعین نہیں بڑھ سکتا (۳) طاقت توفیق کے عمل سے آنکھ کے مقام استوا کے پیچھے طبقۂ مشیمیہ پر کوئی اثر نہیں پڑتا اور صلبیہ بھی کچھ متاثر نہیں ہوتا۔

آنکھ کی استدقاقی طاقت یعنی دونوں آنکھوں کے محوروں کا ایک دوسرے کی طرف جھکنا کس طرح قصر بصر پیدا کرنے میں معین ہوتا ہے اس کے متعلق متعدد نظریئے ہیں۔

(۱) اوردہ دوامہ پر اس کا دباؤ پڑتا ہے۔

(۲) توترعین بڑھ جاتا ہے۔

طاقت توفیق اور قوت استدقاق ان دونوں میں سے تنہا کسی کو بھی ہم قصر بصر پیدا کرنے کا پوری طرح ذمہ وار نہیں سمجھتے۔ بلکہ ان کے علاوہ ذاتی استعداد کو بھی بڑا دخل ہوتا ہے۔ چنانچہ خیال غالب ہے کہ صلبیہ کی خلقی کمزوری بھی قصر بصر کے پیدا کرنے میں دخل رکھتی ہے۔ عصب باصرہ کا چھوٹا ہونا (جو یقینی طور پر غلط ہے) اور جمجی ساخت کے مجوبہ پن کی وجہ سے دونوں حدقوں کے درمیانی فاصلہ کا زیادہ ہونا یا بالائی عضلہ موربہ کے بکرہ (Pulley) کی وضع کا تبدیل ہو جانا بھی اسی زمرہ میں شمار کیا جاتا ہے۔



(۱) جنمی ہلال صدفی ۔

(۲) قصر بصر والی آنکھ میں قوس بصری کا صدفی ہلال ۔

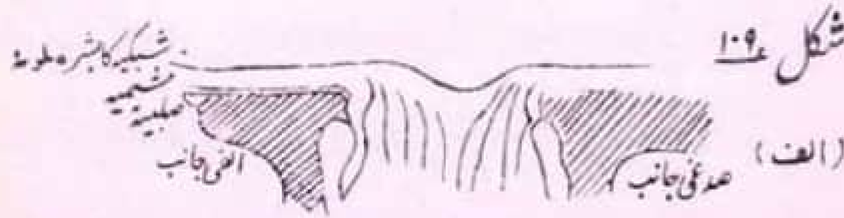
(۳) آنکھوں کی تین انعطافی حالتیں - دائیں طرف نیچے طبعی آنکھ ، بائیں طرف نیچے قصر بصر والی بڑی آنکھ اور اوپر کی چھوٹی آنکھ طول بصر والی ہے یہہ آنکھ ایک بچہ کی ہے ۔

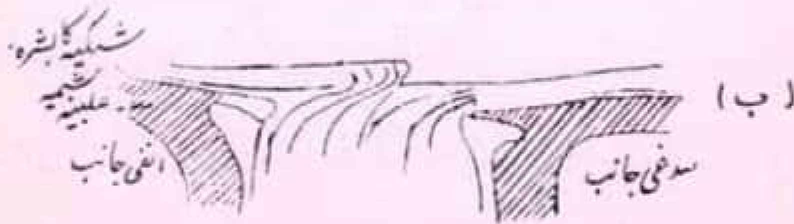
(۴) قصر بصر والی آنکھ کا ہلال صدفی ۔

بعض ماہرین کا خیال ہے کہ معمولی اور شدید قصر بصر دونوں علیحدہ علیحدہ مرضی حیثیت رکھتے ہیں اور ان میں سے ہر ایک کے اسباب بھی مختلف ہوتے ہیں مگر یہ خیال غالباً غلط ہے۔

ہلال قصر بصری (Myopic crescent) ہلال قصر بصری کے متعلق بھی عرصہ تک ہنگامہ آرائیاں ہوتی رہیں۔ غالباً یہ حالت خلقی ہوتی ہے لیکن اس میں شک نہیں کہ قصر بصر والی آنکھ کے حالات اس میں تبدیلیاں پیدا کر سکتے ہیں۔ تشریحی حیثیت سے ہم کو علم ہے کہ قصر بصر والے مریضوں میں قرص بصری کی شکل بڑی حد تک بدل جاتی ہے۔ بعض ماہرین کا خیال ہے کہ عنبہ موخرہ کے پیدا ہونے سے قرص بصری میں ایک طرف کھنچاؤ پیدا ہوتا ہے اسی لئے اس کی شکل بدلتی ہے۔ ہم کو یہ علم تو نہیں ہے کہ اس کی شکل کی تبدیلی کس طرح ہوتی ہے مگر اس میں شک نہیں ہے کہ یہ سبب خاص طور پر موثر ضرور ہوتا ہے بعض ماہرین ہلال کے پیدا ہونے کی یہی وجہ بیان کرتے ہیں۔ شدید حالتوں میں قرص بصری صدغی جانب کو کھنچ جاتی ہے۔ اور شبکیہ مع بشرہ ملونہ کے قرص بصری کے انفی کنارے پر آجاتا ہے۔ قرص بصری کے صدغی جانب سے بشرہ ملونہ غائب ہو جاتا ہے، اور اس مقام پر مشیمیہ میں ضموری کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس حصہ کا معائنہ اگر منظار العین سے کیا جائے تو یہ ہلال نما نظر آتا ہے۔

شکل ۱۰۹





(۱) طبعی قرص بصری کا افقی قطع (ب) قصر بصر والی آنکھ کی قرص بصری کا افقی قطع

شدید قصر بصر کی حالت میں ہلال کا غائب ہو جانا اور خفیف حالتوں میں اس کا پایا جانا اس نظریہ کے منافی ہے کہ یہ حالت کھنچاؤ سے پیدا ہوتی ہے اور طاقت توفیق کے زیادہ استعمال سے اس کا پیدا ہونا متیقن نہیں۔ کیوں کہ اس کی وجہ سے قصر بصر پیدا نہیں ہوتا

انذار مرض جب بچوں میں خفیف اور اوسط درجہ کا قصر بصر ہو تو انذار مرض بہتر ہوتا ہے کیونکہ یہ ترقی نہیں کرتا۔ اور بعض حالتوں میں تو اس سے فائدہ پہونچتا ہے۔ مگر یہی حالت جب بچے میں اسکول جانے سے پیدا ہو تو

انذار مرض خراب ہوتا ہے کیوں کہ یقینی طور پر یہ حالت بڑھتی رہتی ہے یہاں تک کہ چند ہی سال میں ۱۰-۵ الیف تک پہونچ جاتی ہے اور اس کے ساتھ قعر عینی میں خطرناک تبدیلیاں بھی رونما ہو جاتی ہیں۔ شدید قصر بصر کی حالت میں انذار مرض ہمیشہ خطرناک ہوتا ہے۔ بہتر یہ ہے کہ چشمہ لگانے۔ قعر عینی کی حالت دیکھنے اور چشمہ لگانے کے بعد بصارت کی تیزی کو معلوم کرنے کے بعد اس کے متعلق کوئی فیصلہ کیا جائے۔ بہر حال تمام صورتوں میں اپنے مقام سے شبکیہ کے اکھڑنے کا ڈر رہتا ہے۔

علاج

مناسب چشمہ لگایا جائے۔ ماہرین کا خیال ہے کہ تصحیح کی حد سے زیادہ طاقت کا چشمہ نہ دیا جائے۔ گ خیال میں تمام ماہرین متفق الرائے ہیں ۵ یا ۶ بصریہ کے قصر بصر میں دور کی بصارت کے لئے تصحیح کلی کے چشمے دئے جائیں (بچے اس اصول سے مستثنیٰ ہیں) اور ہمیشہ ان چشموں کو استعمال کرنے کی تاکید کی جائے مگر مریض ہدایت کردی جائے کہ پڑھنے لکھنے یا نزدیک کا کام کرنے میں پڑھنے کے معمولی فاصلہ سے کام لے۔ بعض ماہرین نزدیک کے کاموں کے لئے دور کے چشمے سے ۲ یا ۳ بصریہ کمزور چشمے بھی دیتے ہیں گویا کہ اس طریقہ سے ہم مصنوعی طور پر بصر شیخوخت پیدا کرتے ہیں یعنی اگر وہ پڑھنے کے فاصلہ سے کام کریں تو طاقت توفیق کو ۲ - یا ۳ بصریہ طبعی بصارت والے انسان سے کم خرچ کرتے ہیں۔ اگر ان کو کلی تصحیح کے چشمے دئے جاتے تو اس طاقت توفیق سے بھی کام لیتے

بہت سے مریضوں کو کمزور چشمے لگانے سے نزدیک کے کام کرنے میں آسانی ہوتی ہے اور بہت سے مریضوں کو فائدہ نہیں ہوتا۔ کمزور چشموں کے دینے کے اصول کا ماخذ یہی ہے کہ طاقت توفیق کے استعمال سے قصر بصر پیدا ہوتا ہے لہذا اگر کسی طرح اس کو نزدیک کے کام کاج میں کم استعمال کیا جائے تو بہتر ہے مگر ہم پہلے ہی بتا چکے ہیں کہ یہ اصول غلط ہے اور صرف یہی نہیں بلکہ ہمارے خیال میں کمزور چشموں کے لگانے کے خلاف اور بھی وجوہ ہیں۔ جن کو ہم ذیل میں بیان کرتے ہیں

مریض عموماً نزدیک کے کاموں کو پڑھنے کے معمولی فاصلہ سے کم فاصلہ پر انجام دیتے ہیں۔ یہ ضرور ہے کہ جہاں تک طاقت توفیق کا سوال ہے اس کا اثر کمزور چشموں سے بہ نسبت طاقتور چشموں کے کم ہوتا ہے لیکن ہمارے سامنے صرف طاقت توفیق کا سوال نہیں ہے بلکہ ہمارا خیال ہے کہ آنکھ کے محوروں کی نزدیکی زیادہ موثر ہوتی ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ پڑھنے کے معمولی فاصلہ پر رکھ کر کام کرنے میں دونوں آنکھوں کے محور ایک دوسرے کی طرف جھکتے ہیں۔ لہذا اگر مصنوعی طور پر ہم ایسے چشموں کو آنکھ کے سامنے لگا دیں کہ بصر شیخوخت کی تبدیل ہو جائے تو آنکھ کے محوروں کو نزدیک لانے کے

طاقت توفیق کا عمل رونما نہ ہوگا یعنی اب دونوں آنکھوں کے محور آپس میں متوازی رہیں گے۔ مگر یہ عضوی نظریہ کے لحاظ سے صحیح نہیں ہے اور اگر فاصلہ کو اور کم کرکے کام کو انجام دیا جائے تو ظاہر ہے کہ استدقاق کی مزید ضرورت ہوگی۔ یہ بھی فی نفسہٖ غلط ہے۔ لہذا عموماً خفیف قصر بصر کی حالت میں تصحیح کلی کے چشمے ہر وقت استعمال کرنے کو دیئے جائیں اور نزدیک کے کام کاج کرنے کے لئے مفصل ہدایات کی جائیں۔ اگر اس کے باوجود کچھ تکلیف محسوس ہو تو نزدیک کا کام کرنے کے لئے خصوصاً جب کہ مریض کو بہت زیادہ پڑھنے لکھنے۔ سینے پرونے کی ضرورت ہو تو کمزور چشمہ دے دیا جائے۔

شدید قصر بصر کی حالت میں اگر دور کی بصارت کے لئے تصحیح کلی کے چشمہ سے ذرا کمزور چشمہ دیں تو عین دانشمندی ہوگی کام کاج کرنے کے لئے بھی وہی یا اس سے کمزور چشمہ دیں۔ بہت زیادہ قصر بصر کی حالت میں کمزور چشموں سے مریض اچھی طرح نزدیک کا کام کرسکتا ہے۔ اس کے لئے بہتر ہے کہ مریض سے کہا جائے کہ وہ خود چشمے کا انتخاب کرے جس چشمے سے اس کو زیادہ آرام ملے وہی استعمال کے لئے دیا جائے۔

اس کی ایک وجہ یہ بھی ہے کہ بہت زیادہ قصر بصر میں شبکیہ پر جو شبیہ بنتی ہے وہ بہت چھوٹی اور روشن ہوتی ہے کیوں کہ چشموں کو ہم مقدم مرکزی سطح سے دور رکھ کر لگاتے ہیں لہذا شدید قصر بصر کے مریضوں میں جہاں تک ہوسکے آنکھ کے نزدیک چشمہ لگایا جائے۔ شبکیہ کے زیادہ حساس ہونے کی وجہ سے روشن اور چھوٹی شبیہ سے مریض کو تکلیف ہوتی ہے اس کی وجہ یہ بھی ہوسکتی ہے کہ مریض کو بڑی اور غیر صاف شبیہ دیکھنے کی عادت پڑجاتی ہے۔ اگر عینک سے تیچھے طور پر دیکھنے میں سدادی کیفیت پیدا ہو تو یہ خیال رکھیں کہ یہ کیفیت ان لوگوں میں پیدا ہوتی ہے جو بڑھاپے میں چشمہ لگانا شروع کرتے ہیں یا اس عمر میں اگر چشمہ کی طاقت کو بہت زیادہ بڑھا دیتے ہیں۔ شدید قصر بصر والے مریض بصارت موربی کو کم کرنے کے لئے چشمے کے اندر سے ترچھا دیکھنے کے بجائے سر کو گھما کر دیکھتے ہیں اور بعض شدید قصر بصر والے مریض چلنے پھرنے میں چشمہ کے بغیر زیادہ آسانی محسوس کرتے ہیں۔

شدید ترین قصر بصر میں نزدیک کا کام کرنے میں دونوں آنکھوں کا کافی استدقاق ممکن نہیں۔ اسی لئے ایسے مریض نزدیک کے کاموں میں صرف ایک آنکھ سے کام لیتے ہیں اور دونوں آنکھوں میں سے جو آنکھ بہتر ہوتی ہے اس کو اس کام کے لئے منتخب کرتے ہیں۔ چونکہ ناممکن حالات میں آنکھ کے دونوں محوروں کو ایک دوسرے کی طرف مریض نہیں جھکاتا۔ اس لئے صرف ایک آنکھ کے استعمال سے دوسری آنکھ بیکار ہوجاتی ہے اور حول متبع (Divergent squint) پیدا ہوجاتا

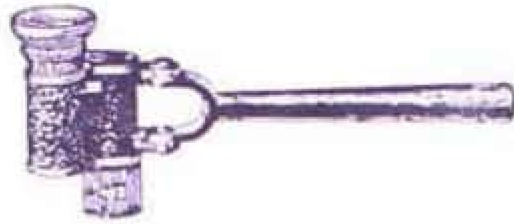
ہے۔اس کے علاوہ دوسرے اسباب بھی اس حول کے پیدا کرنے کا باعث ہوتے ہیں۔

اوائل شباب میں قصر بصر کے لئے حفظان صحت کا یہ اصول ہے کہ نزدیک کا کام کم کیا جائے اور زیادہ بہتر یہ ہے کہ قاعدے کے ماتحت فاصلہ کی ایک خاص مقدار متعین کرلی جائے اور ہمیشہ نزدیک کے کام کاج کو مناسب فاصلہ سے انجام دیا جائے۔ مسلسل زیادہ دیر تک نزدیک کا کام نہ کیا جائے۔ اگر کچھ دیر تک کام کرنے کے بعد مریض آرام کرلے اور ٹھہر کر کام کرے تو مسلسل اور لگاتار کام کرنے سے زیادہ کام کرسکے گا۔ لہذا کام کرنے کے اوقات اور مقدار کے متعلق بھی ہدایتیں کی جائیں۔ کام کاج کرنے کی جگہوں پر روشنی بخوبی ہو لیکن اتنی تیز بھی نہ ہو کہ چکاچوند پیدا کرے۔ کام کے وقت مریض کی پشت روشنی کی طرف ہو یعنی روشنی کے سامنے مریض کا رخ نہ ہو تو زیادہ بہتر ہے۔ روشنی کی کمی کی صورت میں کتاب کو آنکھ سے نزدیک کرکے شبکیہ کی شبیہ کو مریض بڑا کرلیتے ہیں۔ بستر پر لیٹ کر پڑھنے اور نزدیک کے کاموں کو جھک کر ان کو انجام دینے سے پرہیز کریں۔

چھوٹے بچے جو قصر بصر میں مبتلا ہوں ان کو مختلف ہدایتوں پر کاربند کرنا ذرا مشکل ہوتا ہے۔ لندن میں ایسے بچوں کی تعلیم کا طریقہ بہترین ہے۔ ان کو زیادہ تر زبانی تعلیم دی جاتی ہے۔ اسکول کی کتابیں بڑے اور موٹے حروف کی ان کو پڑھنے کو دی جاتی ہیں اور ایسے ہی بڑے اور موٹے حروف لکھنے کی تاکید کی جاتی ہے۔ اگر روشنی سے زیادہ پڑھنے لکھنے سے تکلیف ہوجاتی ہو یا قصر بصر میں ترقی ہورہی ہو تو مریض کو مکمل سکون دینا چاہیے اور عرصہ تک دونوں کی آنکھ میں دن میں ایک مرتبہ ایٹروپین ڈالنا چاہیے۔ مقویات خصوصاً سنکھیا کے مرکبات استعمال کرائے جائیں۔ آب و ہوا تبدیل کرائی جائے۔ نیز کھلی ہوا میں ورزش کرائیں۔

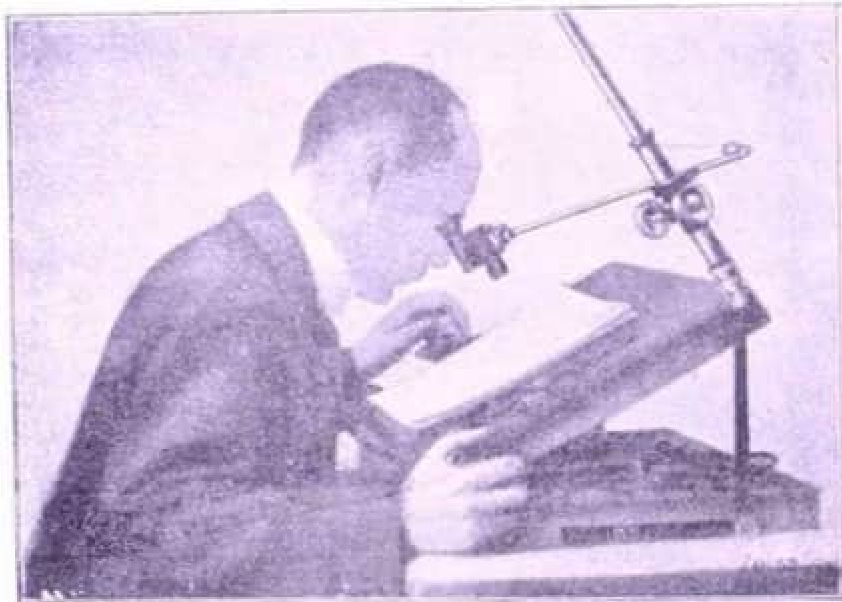
شدید قصر بصر کے لئے جرحی عمل اگر کسی آنکھ میں ۲۴ بصریہ کا محوری قصر بصر موجود ہو تو اس آنکھ کی لمبائی ۳۱ ملی میٹر ہوگی۔ ایسی آنکھ کا عدسہ نکال دینے کے بعد باہر سے داخل ہونے والی متوازی شعاعیں بغیر کسی عدسہ کی مدد کے شبکیہ پر مرکز بناتی ہیں اور شبکیہ پر باہر کی اشیاء کی شبیہ نسبت طبعی بصارت والی آنکھ کے بڑی بنتی ہے۔ اگر اس عمل جرحی میں کلیۃً کامیابی ہوجائے تو نمایاں اور بین فائدہ پہونچتا ہے مگر یہ عمل جرحی خطرات سے خالی نہیں۔ شدید قصر بصر والی آنکھ مریض ہوتی ہے اور یہ ظاہر ہے کہ ایسی آنکھ کسی جرحی عمل کی برداشت میں طبعی آنکھ کے مقابل نہیں ہوسکتی۔ ایسی آنکھ میں رطوبت زجاجیہ عموماً سیال ہوتی ہے اور اس کے اندر غیر شفاف حصے

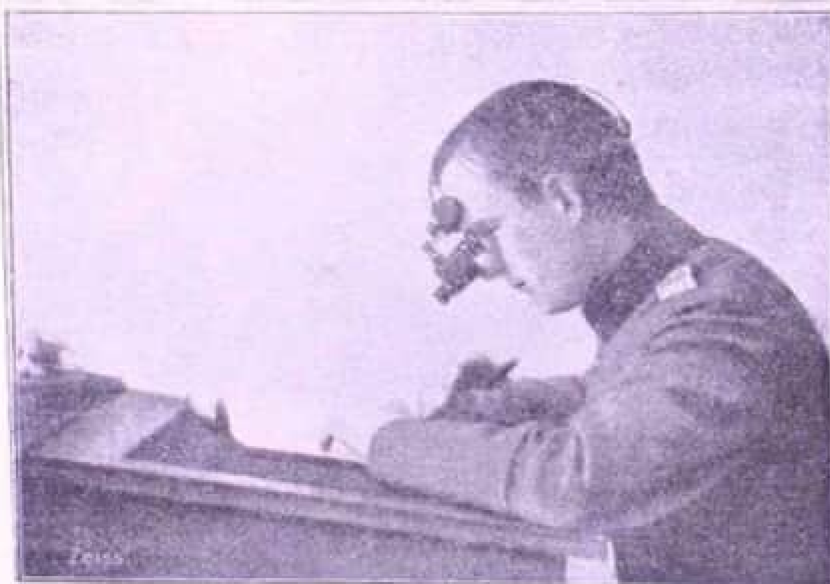
(۱)



بہت زیادہ قصر بصر کے لئے دوربین چشمہ

(۲ و ۳)





شدید قصر بصر والی آنکھیں جو معمولی تیز سے تیز عینک سے بھی صحیح کام نہیں دیتیں اُن کے واسطے یہہ مخصوص دوربین عینک تیار کی گئی ہے •

بھی موجود ہوتے ہیں - اور اس قسم کی آنکھ میں شبکیہ اور مشیمیہ دونوں ماؤف ہوتے ہیں - نیز عمل جرحی کی وجہ سے شبکیہ کے اکھڑنے کا خطرہ بڑھ جاتا ہے - اس وقت تک ایسی آنکھوں کے متعلق ماہرین یہ نہیں طے کر سکے کہ کن اصول کی پیروی کی جائے - مگر ذیل میں چند باتیں بیان کی جاتی ہیں جن کا خیال رکھنا مفید ثابت ہوتا ہے -

(۱) جرحی عمل صرف اوائل شباب میں کیا جائے -

(۲) سوئی کے ذریعہ مقدم عدسی غلاف کو پھاڑ دیں مگر اس کے بعد عدسہ کو ملعقہ (Curette) کے ذریعہ نہ نکالیں لیکن جب تو ترعین بڑھ جائے تو اس سے مفر نہیں بلکہ اس طریقہ سے کام لینا ضروری ہے -

(۳) صرف اُن آنکھوں کا عدسہ نکالا جائے جن کا قصر بصر نا بصریہ ہو -

(۴) جرحی عمل کے وقت اس امر کا لحاظ رکھیں کہ قعر عینی میں کوئی مرضی کیفیت موجود نہ ہو -

(۵) ایک وقت میں صرف ایک آنکھ کا آپریشن کیا جائے - خراب حالات مثلاً جب بصارت بہت زیادہ ہو تو اس وقت بھی آپریشن کر سکتے ہیں -

طول بصر (دور نظری)
Hypermetropia

طول بصر آنکھ کی وہ مناظری حالت ہے جس میں طاقت توفیق کے سکون کی حالت میں آنکھ کے اندر داخل ہونے والی متوازی شعاعیں آنکھ کے حساس پردہ کے پیچھے ایک مرکز پر مجتمع ہوتی ہیں - یعنی طبقہ شبکیہ پر ایک مرکز پر جمع نہیں ہوتیں نظری حیثیت سے طول بصر کے وجوہ ذیل میں درج ہیں -

(۱) طبعی حیثیت سے آنکھ کا محور بہت چھوٹا ہو اس کو ہم محوری طول بصر Axial hypermetropia کہتے ہیں -

(۲) انعطافی سطوح کا انحنا غیر طبعی ہو یہ انحنائی طول بصر Curvature hypermetropia کہلاتا ہے - اس میں مفصلہ ذیل دونوں صورتیں (ا و ب) شامل ہیں -

(ا) قرنیہ کا انحنا بہت کم ہو (ب) عدسہ کی مقدم و موخر سطح یا دو سطحوں کے انحنا کی کمی کی صورت

(۳) انعطافی واسطوں کے تناسب انعطافی کا غیر طبعی ہونا - اس کو انعطافی طول بصر (Index hypermentropia) کہتے ہیں - اس میں مندرجہ ذیل صورتیں شامل ہیں -

(ا) قرنیہ اور رطوبت مائی کے تناسب انعطافی کی کمی (ب) عدسہ کے تناسب انعطافی کا بہت کم ہونا جس کی

وجہیں یہ ہوسکتی ہیں کہ (ج) نویہ کا تناسب انعطافی کم ہو جائے یا (د) عدسے کے قشری حصہ کا تناسب انعطافی بہت زیادہ ہو جائے یا (ک) دونوں حصوں میں انعطافی تناسب کی خرابیاں موجود ہوں (ل) زجاجیہ کے تناسب انعطافی کا بہت زیادہ ہونا۔

(۴) عدسہ کی غیر طبعی وضع (خلع خلقی مثلاً پیچھے کی جانب اس کا خلع۔

(۵) عدسہ کا غائب ہونا (Aphakia)

(۶) مذکورہ خرابیوں میں سے کئی ایک کا ایک ساتھ جمع ہو جانا۔

قصر بصر کے برعکس مرضی طول بصر کا سب سے بڑا سبب جو اب تک معلوم ہوا ہے وہ آنکھ کا بہت چھوٹا ہونا ہے۔ مگر یہ بھی ممکن ہے کہ ایک آنکھ بہت چھوٹی ہو اور اس کے باوجود اس میں طول بصر نہ پایا جائے۔ لیکن ایسی صورت میں آنکھ کے تمام حصے مناسب اور ضروری طور پر چھوٹے ہوں گے۔ اس کو سمجھنے کے لئے شکل نمبر ۴۴ کو دیکھنا چاہئے اگر اس شکل میں آنکھ کے تمام حصوں کو مناسب طور پر چھوٹا کر دیا جائے جیسا کہ تصویر سے ممکن ہے تو اس وقت بھی جو متوازی شعاعیں اس آنکھ میں داخل ہوں گی وہ سب کی سب طبقہ شبکیہ پر مرکز بنائیں گی۔ لہذا یہ خیال رہے کہ طول بصر والی آنکھ کا محور طول میں کم ہونے کے علاوہ یہ آنکھ بھی طبعی آنکھ سے چھوٹی ہوتی ہے۔ انحنائی طول بصر سداد بصری میں پایا جاتا ہے مگر کردی یا بسیط طول بصر میں اس کو کوئی دخل نہیں ہوتا۔ انعطافی طول بصر بوڑھوں میں پایا جاتا ہے جس کا سبب یہ ہوتا ہے کہ عدسہ کے قشری حصہ کا تناسب انعطافی بڑھ جاتا ہے۔

طول بصر ہوسے، ابصریہ سے زیادہ شاذ ہی بڑھتا ہے۔ لہذا اس طول بصر کے ساتھ تقریباً ۲ ملی میٹر لمبائی میں آنکھ چھوٹی ہوتی ہے۔ بعض مریض ایسے بھی دیکھے گئے ہیں جن کو ۲۴ بصریہ تک طول بصر لاحق تھا۔ ابتدائی عمر میں طول بصر کی کوئی خاص علامت نہیں پائی جاتی اور جب علامتوں کا ظہور ہوتا ہے تو یہ نتیجہ مستنبط ہوتا ہے کہ ان مریضوں کو طاقت توفیق بہت زیادہ خرچ کرنی پڑتی ہے اور ان کی طاقت توفیق اور قوت استدقاق میں توازن نہیں ہوتا۔

ہم پہلے بیان کر چکے ہیں کہ ابتدائی عمر میں طاقت توفیق کی حدود بہت زیادہ ہوتی ہیں۔ اس لئے جب مریض دور اور نزدیک کی اشیاء کو دیکھنے کیلئے طاقت توفیق کو استعمال کرتا ہے تو اس کو اس کا پتہ بھی نہیں چلتا۔ اگر مریض کمزور ہو یا نزدیک

سے کام بہت زیادہ کرتا ہو تو عضلۂ ہدبی کے مسلسل اور طبعی حالت سے زیادہ کام کرنے کی وجہ سے آنکھ میں درد پیدا ہو جاتا ہے۔ توفیقی ضعف بصر میں پڑھنے یا سینے پرونے میں خصوصاً جب کہ رات کے وقت روشنی میں پڑھا لکھا یا سیا پرویا جائے تو اس کی علامتوں کا ظہور ہوتا ہے۔ آنکھ دکھنے لگتی ہے اور اس میں جلن پیدا ہو جاتی ہے آنکھ میں خشکی کا احساس ہوتا ہے گویا کہ آنکھ کا جھپکنا طبعی حالت سے زیادہ ہو جاتا ہے۔ پانی زیادہ بہتا ہے ملتحمہ اور اجفان کے کنارے سرخ ہو جاتے ہیں۔ اس کے ساتھ جفنی التہاب کا پایا جانا بھی ممکن ہے۔ اگر ان تکالیف کے باوجود مریض کام کاج کرتا ہے تو سر کے مقدم حصہ میں درد شروع ہو جاتا ہے۔

زیادہ عمر کے مریضوں میں اس وقت تک کوئی علامت ظاہر نہیں ہوتی جب تک کہ طاقت توفیق اس قدر کم نہ ہو جائے کہ آنکھ کا نقطہ بعیدہ پڑھنے کے معمولی فاصلہ سے دور ہو ایسی حالت میں مریض کو پڑھنے یا نزدیک کے کسی کام کے کرنے میں بمقابلہ پڑھنے کے معمولی فاصلہ کے دور سے کام کرنا پڑتا ہے اور مریض کو جس قدر زیادہ طول بصر ہو اسی قدر جلد یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے دوسرے الفاظ میں اس کا مطلب یہ ہوا کہ جلی بصر شیخوخت معمول سے زیادہ جلد ظاہر ہو جاتی ہے۔ یہ یاد رہے کہ طول بصر کی وجہ سے زیادہ عمر کے مریضوں میں زرق الماء کی استعداد بڑھ جاتی ہے۔ ایسے مریضوں کی آنکھ کا معائنہ منظار العین کے ذریعہ کرنے پر ممکن ہے کہ قعر عینی کے اندر کوئی غیر طبعی حالت نہ نظر آوے۔ بعض اوقات قعر عینی کا انعکاس اگر روشن ہو تو اس کا تشابہ ریشم پر پانی پڑ جانے سے ہوتا ہے۔ یہ مخصوص حالت قصر بصر اور طبعی حالت والی آنکھ کے مقابلہ میں طول بصر والی آنکھوں میں زیادہ پائی جاتی ہے۔

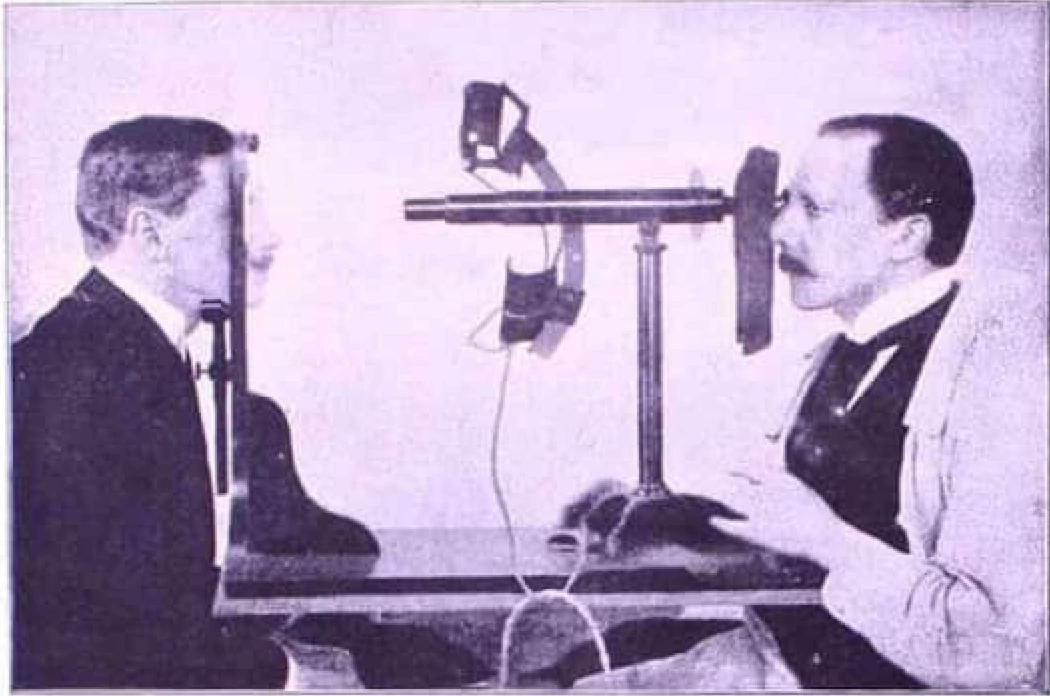
ان آنکھوں میں بعض اوقات قرص بصری سے نیچے کی طرف ہلال بھی نظر آسکتا ہے اور بعض طول بصر والی آنکھوں میں کاذب التہاب قرص بصری کے مانند حالت بھی پائی جاتی ہے۔ تشریحی حیثیت سے طول بصر والی آنکھ اور اس کا محور بھی طبعی بصارت والی آنکھ سے چھوٹا ہوتا ہے۔ اس میں قصر بصر کی طرح آنکھ کے پچھلے حصہ میں خرابیاں نہیں ہوتیں قرنیہ کا محور عموماً چھوٹا ہوتا ہے۔ باقاعدہ سداد بصری عام طور پر پایا جاتا ہے۔ خزانۂ مقدم طبعی حالت سے کم گہرا ہوتا ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ عدسہ بڑا ہو جاتا ہے۔ قدیم ماہرین کا خیال تھا کہ عضلہ ہدبی کے مدور ریشے زیادہ دبیز ہو جاتے ہیں اور محوری ریشوں میں ضموری کیفیت پائی جاتی ہے۔ لیکن اس کی طرف کچھ خیال نہ کرنا چاہیئے

کیوں کہ یہ کوئی اہم بات نہیں ہے۔ طبقہ شبکیہ ۔ مشیمیہ اور عصب باصرہ میں کوئی غیر طبعی حالت نہیں پائی جاتی۔

نوزائیدہ بچے ہمیشہ (اوسطاً ۵ر۲ بصریہ) طول بصر والے ہوتے ہیں۔ پہلے دس سال میں یہ حالت بہت کم ہو جاتی ہے اور ۲۰ سال کے بعد ان میں سے ۵۰ فی صدی طول بصر والے ہوتے ہیں۔ کسی خاص جنس کے ساتھ طول بصر مختص نہیں مگر دودھ پلانے والے اور گوشت خور جانوروں میں عام طور پر پایا جاتا ہے۔

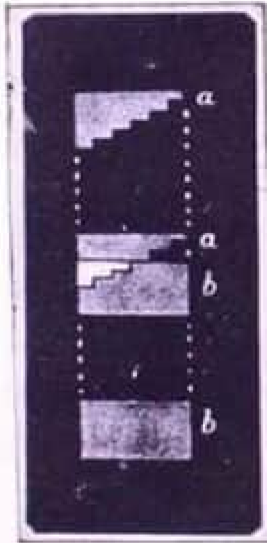
علاج مناسب چشمہ استعمال کیا جائے۔ بچوں اور بوڑھوں کو جب تک کسی خاص تکلیف کا احساس نہ ہو اُس وقت تک چشمہ کا استعمال ضروری نہیں۔ بوڑھوں کے طول بصر کو نزدیک کا کام کرنے کے لئے درست کرنا چاہئے مگر یہ خیال رہے کہ ان کو "تصحیح کلی" سے کم درجے کے چشموں کا دینا زیادہ مناسب ہے۔ علامات کی شدت کا لحاظ رکھتے ہوئے دور یا نزدیک کے کام کے لئے چشمہ کو منتخب کریں۔ اگر طول بصر بہت زیادہ ہو تو ایٹروپین کا اثر زائل ہونے سے پہلے چشمے کا استعمال شروع کرائیں۔ زیادہ معمّر مریض جن کو طول بصر بہت زیادہ ہو ان کے لئے فوراً ہی تصحیح کلی کے چشمے کی تجویز نا مناسب ہوگی۔ ان مریضوں کا عضلہ ہدبی اتنے زیادہ عرصہ تک حالت انقباض میں رہ چکا ہوتا ہے کہ اس کا استرخار (ڈھیلاپن) بہت عرصہ میں ظاہر ہوتا ہے۔ اگر عضلہ ہدبی کے منقبض رہنے کے باوجود تصحیح کلی کا چشمہ دے دیا جائے تو قصر بصر پیدا ہو جاتا ہے اور فاصلہ سے مریض اچھی طرح نہیں دیکھ سکتا۔ اس لئے ایسے مریض چشمہ کو اتار کر پھینک دیتے ہیں۔ ان میں جلی طول بصر سے کچھ زیادہ طاقت کے عدسوں کا استعمال ضروری ہوتا ہے بہتر یہ ہے کہ مریض سے کہا جائے ۳۔۴ ماہ کے بعد دوبارہ معالج کے پاس آوے اس وقت معالج پہلے سے زیادہ طاقتور چشمہ استعمال کرنے کے لئے تجویز کرے اسی طرح ۶ ماہ کے بعد اور زیادہ طاقتور چشمہ دے یہاں تک کہ مناسب طاقت کے چشمے تک نوبت پہونچ جائے اور اس کے باوجود مریض کو تکلیف نہ ہو۔

سداد بصر Astigmatism سداد بصر آنکھ کے انعطاف کی وہ حالت ہے جس میں کسی منور نقطہ کی شبیہ (خواہ ہم کسی قسم کے عدسے سے اس کے درست کرنے کی کوشش کریں) طبقہ شبکیہ پر ایک نقطہ کی صورت میں نہیں بنتی۔ باقاعدہ سداد بصر کے اقسام اس کے قبل ہم بیان کر چکے ہیں۔ اس کے

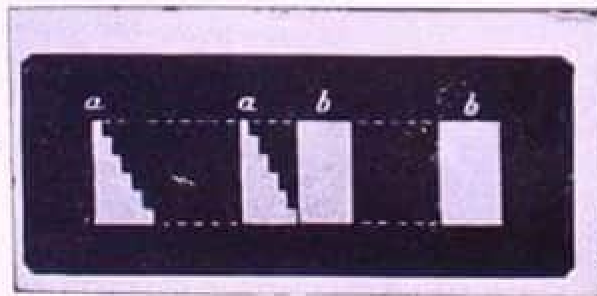


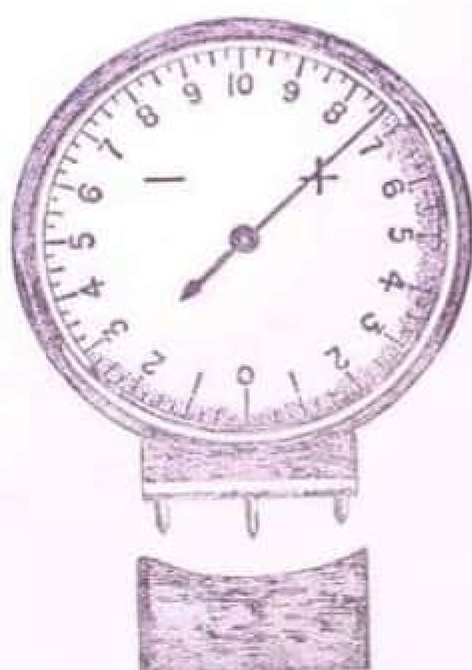
B ۱۰۹

۱۰۹ A ماہر جاوال کا قرنیہ کے انحناء افقی و عمودی کو ناپنے کا آلہ اور اس کا طریق استعمال اس کی ضرورت سداد بصر میں پڑتی ہے۔ جس میں کہ قرنیہ کے افقی و عمودی انحناء میں فرق ہوتا ہے ۔



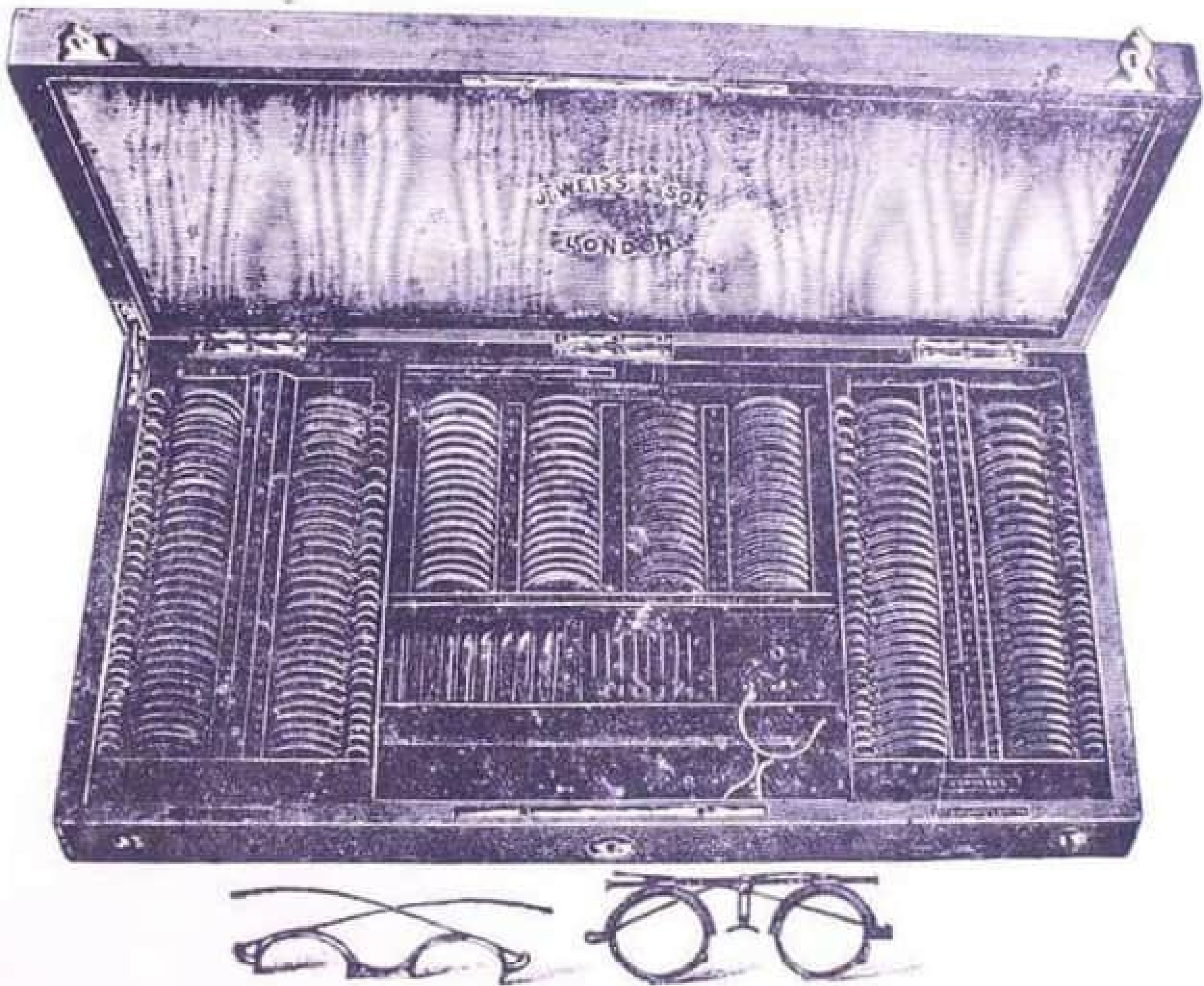
۱۰۹ B آلہ جاوال کی دو تصاویر جو کہ قرنیہ پر پڑتی ہیں اور جن کے ذریعہ سداد بصر کی حالت میں قرنوی سطح کی ابتدائی خرابی کو اسطوانی شیشوں کی طاقت معلوم کرنے کے لئے استعمال کرتے ہیں ۔





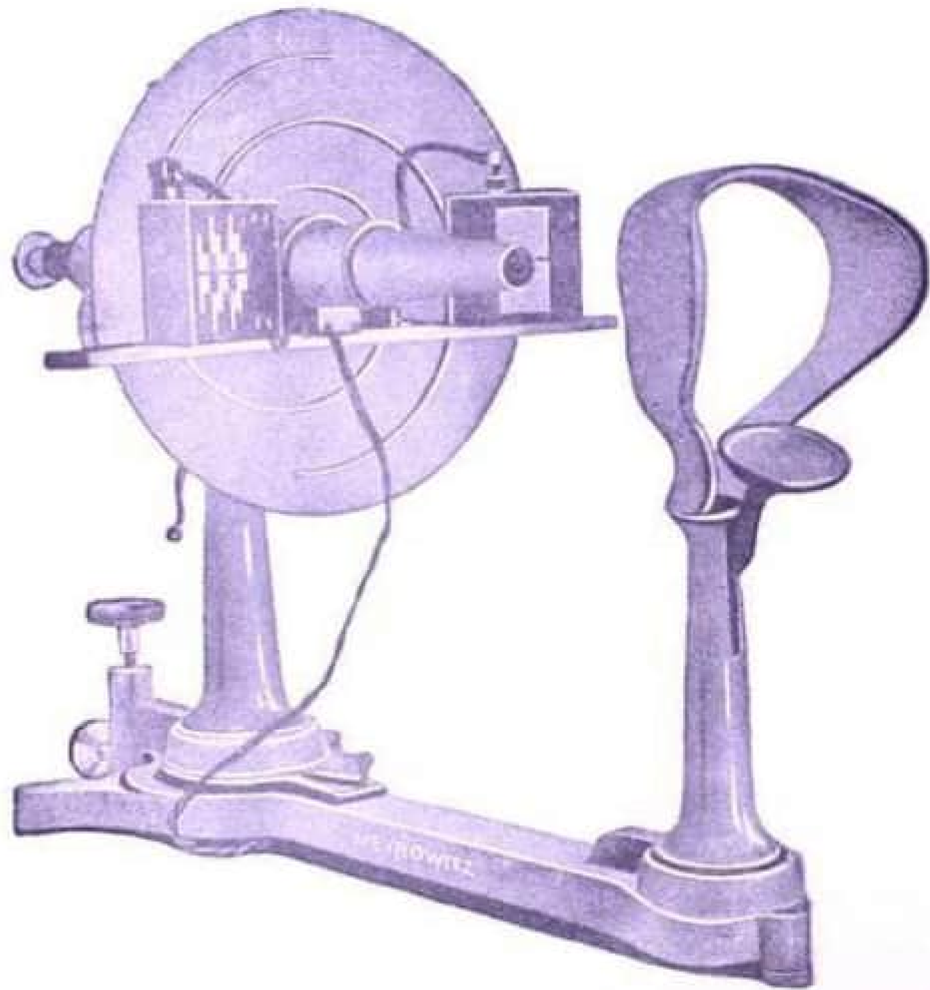
عینک کے عدسوں کو ناپنے کا آلہ ۔

تصویر ۱۰۹ C/۲



چشمہ دینے کے لئے معائنہ کرنے کے واسطے — مختلف قسم کے عدسوں کا بکس جس میں دائیں طرف دو لمبی قطاریں محدب (مثبت) عدسوں کی ہیں — اور ان کے بالمقابل بائیں طرف دو قطاریں مقعر (منفی) عدسوں کی — دائیں طرف والی قطاروں کے پاس والی دو چھوٹی قطاریں محدب اسطوانی عدسوں کی اور بائیں طرف والی قطاروں کے پاس کی دو چھوٹی قطاریں مقعر اسطوانی عدسوں کی ہیں جن کے درمیان حد فاصل کی بالائی سطح پر اُس کی طاقت لکھی ہوئی ہے افقی قطار جو کہ اسطوانی قطاروں کے پاس ہے اُس کے بائیں حصہ میں منشور اور دائیں حصہ میں رنگین شیشے ہیں ۔

تصویر ۱۰۹ D   متعلق صفحہ ۲۲۴ تا ۲۲۹   کتاب العین



یہہ آلہ بھی اسی مقصد کے واسطے استعمال کیا جاتا ہے جس کے واسطے
ماہر جاوال کا•

واسطے ہم صرف چشمے دے سکتے ہیں اور کچھ نہیں کر سکتے۔ سداد بصر کی وجہ سے بصارت کی تیزی میں کم و بیش نقص پیدا ہو جاتا ہے اور نہایت تکلیف دہ شکایات آنکھ میں رونما ہوتی ہیں۔ مثلاً آنکھ کا تھک جانا۔ درد سر وغیرہ۔

ضعف بصر یا آنکھ کا تھک جانا کسی حد تک توفیقی ہوتا ہے اور یہ تکلیف خفیف درجہ کے سداد بصر میں زیادہ پریشان کن ثابت ہوتی ہے اس کی وجہ یہ ہے کہ توفیقی حیثیت سے آنکھ اس امر کی کوشش کرتی ہے کہ شبکیہ پر شبیہ زیادہ واضح بنے۔ پڑھنے سے بہت جلد آنکھ تھک جاتی ہے اور مریض شکایت کرتا ہے کہ الفاظ ایک دوسرے سے ملے ہوئے معلوم ہوتے ہیں۔ مذکورہ تکالیف کے علاوہ سخت قسم کا درد (شقیقہ وغیرہ) بھی پیدا ہو سکتا ہے۔

باقاعدہ سداد بصر ایک قسم کا خلقی نقص ہے جس کا سبب قرنیہ کے دونوں محوروں کے انحنار کا فرق ہے یہ خیال رہے کہ سداد بصر میں عام طور پر صرف قرنیہ میں خرابی نہیں ہوتی بلکہ دوسرے طبقات کی خرابیاں بھی اس کا باعث ہوتی ہیں۔ قرنیہ کا سداد بصری عدسہ کے سداد بصری سے زیادہ بھی ہو سکتا ہے اور کم بھی۔ لہذا جن آلات سے قرنیہ کے عمودی اور افقی محوروں میں سداد بصر معلوم کیا جاتا ہے وہ اس وقت تک مفید نہیں ہوتے جب تک کہ آنکھ کا عدسہ نکال نہ دیا گیا ہو۔ چوٹ لگنے کی وجہ سے بھی باقاعدہ سداد بصر پیدا ہو سکتا ہے لیکن یہ اس وقت ہوتا ہے جب کہ زخم قرنیہ اور صلبیہ کے جار الاتصال پر ہو۔ زخم کے اندمال کے بعد لیفی ندبی ساخت کے انقباض سے زخم کے عمودی محور میں طبقۂ قرنیہ مسطح ہو جاتا ہے مگر یہ نقص اندمال زخم کے چند ہفتوں کے بعد بدل جاتا ہے لہذا اندمال زخم کے چند ہفتے کے بعد چشمے دئے جائیں۔

علاج جن مریضوں کو سداد بصر کی وجہ سے ضعف بصر لاحق ہو آنکھ میں تکلیف، تکان کی کیفیت اور سر میں درد (شقیقہ) پایا جائے۔ ان کو تصحیح کلی کے چشمے دئے جائیں اور وہ ان کو ہر وقت استعمال کریں۔ اگر طول بصر یا قصر بصر بہت زیادہ ہو اور اس کے ساتھ خفیف درجہ کا سداد بصر بھی ہو تو اسطوانی عدسہ کا اثر دور کی بصارت پر دیکھا جائے۔ اگر اس سے خاص طور پر کوئی فائدہ نہ پہونچے تو پہلے معمولی عدسہ دیا جائے۔

اس جگہ یہ ذہن نشین کر لینا چاہیے کہ بصارت کے نقص کو رفع کرنے کے واسطے جو عدسے لگائے جاتے ہیں وہ صرف اس صورت میں انعطافی خرابیوں کو دور کرتے ہیں جب کہ آنکھ کا محور بصری عدسے کے مرکز مناظری سے گذرے اگر آنکھ

آنکھ تک سے ایک طرف کو ہٹی ہوئی ہو تو یہی عدسہ مثلث منشور کا کام دینے لگتا ہے۔ اور آنکھ کے سامنے ذرا سا بھی عدسہ ترچھا ہو تو سداد بصر کی کیفیت پیدا کر دیتا ہے۔ طاقتور عدسوں کی صورت میں سداد بصری کیفیت بہت زیادہ نمایاں ہو جاتی ہے اور اس امر کا بھی امکان ہے کہ یہ عدسہ کسی خفیف اسطوانی (Cylinder) عدسہ کو جو اس کے ساتھ ملحق کیا گیا ہو۔ دوبالا یا متعادل کر دے۔ اسی وجہ سے طاقتور عدسوں کے ساتھ خفیف اسطوانی عدسہ کا لگانا بے سود سمجھا جاتا ہے۔

خفیف سداد بصر کی حالت میں چشمہ کے استعمال کے متعلق آنکھ کی تکالیف کے لحاظ سے مختلف ہدایتیں درکار ہوتی ہیں۔ ممکن ہے کہ تکلیفوں میں اس قدر کمی نہ ہو کہ ہمیشہ چشمہ استعمال کیا جائے۔ ایسے مریضوں کو نزدیک کا کام کرنے کے لئے ان چشموں کے استعمال کی ہدایت کی جائے۔ پھر اگر ان سے تکلیف میں کوئی کمی یا سکون نہ ہو تو مسلسل استعمال کی تاکید کی جائے۔

عدسہ کا آنکھ میں نہ ہونا
Aphakia

آنکھ میں عدسے کے نہ ہونے سے مقصود یہ ہے کہ عمل جرحی کر کے آنکھ سے عدسے کو نکال دیا گیا ہو۔ اگر عمل جرحی کر کے عدسہ کے نکال دینے سے پہلے آنکھ کی بصارت طبعی رہی ہو تو بعد میں بہت زیادہ طول بصر پیدا ہو جاتا ہے۔ اسی طرح خفیف نقص بصر کی صورت میں بھی عمل جرحی کر کے عدسہ نکال دینے کے بعد زیادہ طول بصر پیدا ہو جاتا ہے۔ معمولی شیشہ کی طرح آنکھ کے سامنے عدسہ لگا کر امتحان کرنے سے معلوم ہوتا ہے کہ طبعی بصارت والی آنکھ کا عدسہ نکال دینے کے بعد (۱۰ - ۱۱) بصریہ طاقت کا عدسہ لگانے کی ضرورت پڑتی ہے۔

عدسہ نکالی ہوئی آنکھ کے مناظری حالات کا سمجھنا آسان ہے۔ قرنیہ ایک کروی سطح ہے جو دو واسطوں زجاجیہ اور ہوا کے درمیان حائل رہتی ہے۔ قرنیہ کا نصف قطر ۸ ملی میٹر اور قرنیہ و زجاجیہ کا تناسب انعطافی ۱ - اور ۳۳ ر۱ ہے یہ جان لینے کے بعد ہم باسانی اس کے ماسکی فاصلہ کو معلوم کر سکتے ہیں۔ اس کا مقدم ماسکی فاصلہ ۲۳ ملی میٹر اور موخر ۳۱ ملی میٹر ہو گا طبعی آنکھ میں مقدم ۱۳ اور موخر ۲۲ ملی میٹر ہوتا ہے۔ اگر بغیر عدسہ والی آنکھ کا طول محوری ۳۱ ملی میٹر ہو تو قرنیہ پر پڑنے والی متوازی شعاعیں شبکیہ پر مرکز بنائیں گی۔ اور دور کی بصارت کے لئے چشمے کی ضرورت نہ ہو گی۔

۳۱ ملی میٹر لمبی آنکھ کا محوری قصر بصر ہم معلوم کر سکتے ہیں۔ ہم یہ پہلے بتا چکے ہیں کہ جن آنکھوں میں عدسہ نہ ہو

ان میں آنکھ کی لمبائی کا اثر فی ملی میٹر ۳ بصریہ محوری قصر بصر کے برابر ہوتا ہے۔ اس لئے جب آنکھ کی لمبائی ۲۱-۲۳ء۸ ملی میٹر ہو تو ظاہر ہے کہ اس صورت میں ۴۲ بصریہ کا قصر بصر ہو گا۔

عدسہ نکالی ہوئی آنکھ میں شبکیہ کی شبیہ طبعی آنکھ کی شبیہ سے دوگنی ہوتی ہے۔ اس لئے عدسہ نکال دینے کے بعد چشمہ لگا کر بصارت درست کرنے پر چھپا ہوا پڑھ لینا کوئی بڑی بات نہیں ہے بلکہ آنکھ کی بصارت اس سے بھی کہیں زیادہ تیز ہونی چاہئے۔

جن آنکھوں میں سے عدسہ نکال دیا جائے ان کی طاقت توفیق بالکل فنا ہو جاتی ہے۔ خزانہ مقدم طبعی آنکھ سے گہرا ہو جاتا ہے۔ عنبیہ میں ارتعاش پیدا ہو جاتا ہے اور عنبیہ میں اوپر کی طرف کٹ ؤ بایا جاتا ہے۔ اگر عدسہ کے موجود ہونے نہ ہونے کے متعلق کچھ شک وشبہ ہو تو معائنہ کرکے فیصلہ کرنا چاہئے۔ منظار العین سے معائنہ کرنے پر ممکن ہے کہ حدقی رقبہ میں غیر شفاف حصے ملیں جو عدسہ کے کچھ حصوں کے باقی رہ جانے کی وجہ سے پائے جاتے ہیں ان کا معائنہ تنویر موربی سے زیادہ مناسب ہوتا ہے۔ اور بلا واسطہ بھی معائنہ کیا جا سکتا ہے۔ اگر یہ غیر شفاف مقامات دبیز ہوں تو مناسب ہے کہ چشمہ دینے سے پہلے ان کو پھاڑ دیا جائے تاکہ یہ جذب ہو جائیں۔ اگر یہ خفیف اور معمولی طور پر غیر شفاف ہوں تو چشمہ لگانے کے بعد بصارت پر ان کا انحصار ہوگا اور بصارت ہی کو معیار مقرر کرکے اس امر کا فیصلہ کیا جائے گا کہ ان کو سوئی کے ذریعہ پھاڑنے کی ضرورت ہے یا نہیں۔

اخراج عدسے کے عمل جرحی سے طول بصر کے علاوہ کسی حد تک سداد بصر بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ خصوصیت کے ساتھ یہ حالت اس وقت پیدا ہوتی ہے جب کہ شگاف قرنیہ اور صلبیہ دونوں کے اندر یا صرف قرنیہ کے اندر دیا جائے لیکن جب شگاف قرنیہ کے اوپر کے حصے میں ہو تو سداد بصری قاعدہ کے خلاف ہوتا ہے یعنی قرنیہ اپنے محور میں مسطح ہو جاتا ہے جس کی وجہ سے ۲ سے ۳ بصریہ تک سداد بصر ہو سکتا ہے اور پھر آہستہ آہستہ یہ کم بھی ہو جاتا ہے شروع شروع میں نمایاں طور پر مگر چند ہفتوں کے بعد آہستہ آہستہ اس میں کمی آتی ہے یہ حالت گویا ندبی ساخت کے سکڑنے سے پیدا ہوتی ہے۔

علاج پہلے انعطافی نقائص کو ہم شبکیہ کے انعکاس کے امتحان سے اور اس کے بعد مریض کی آنکھ پر چشمے لگا کر معلوم کرتے ہیں۔ ماہر جاوال کے افتھلمو میٹر (Ophthalmometer) سے بھی مدد لی جا سکتی ہے۔ اس میں

بعض اوقات بڑے صبر وتحمل کی ضرورت ہوتی ہے کیونکہ مریض اپنے جدید مناظری حالات سے مانوس نہیں ہوتے دور کی بصارت کی تصحیح کے لئے +۱۰ یا ۱۱ بصریہ طاقت والے محدب عدسہ کی ضرورت ہوتی ہے جس کے ساتھ +۲ یا ۳ بصریہ کا استوانی (Cylinder) عدسہ ملا لیا گیا ہو۔

یہ خیال رکھیں کہ امتحان کے لئے استعمال کئے جانے والے فریم میں عدسہ معمولی عینک کے فریم کے اعتبار سے زیادہ دور ہوتا ہے۔ لہذا ان چشموں کو ہم امتحان کے لئے اس فریم میں لگا کر دیکھیں کہ درست ہیں یا نہیں ان میں ½ بصریہ سے ¾ بصریہ تک کا اضافہ زیادہ مفید ہوتا ہے۔ نزدیک کا کام کاج کرنے کے لئے اس چشمہ میں ۴ بصریہ طاقت کا اور اضافہ ہونا چاہیے۔ ایسے مریضوں کو آپریشن کے چند ہفتوں کے بعد چشمے دیئے جائیں۔ اس تاخیر کی دو وجہیں ہیں۔ ایک تو یہ کہ ان کو آرام پہونچے اور دوسرے یہ کہ ابتدائی ہفتوں میں سداد بصری کی کیفیت بہت جلد متغیر ہوتی ہے۔

اگر ایک آنکھ میں عمل جرحی ہو چکا ہو اور دوسری آنکھ میں موتیا بند موجود ہو تو ایسے چشمے دیئے جائیں جو بآسانی الٹ کر دونوں آنکھوں میں بدلے جاسکیں یعنی اُن میں ایک طرف تو دور کی چیزوں کو دیکھنے کے لئے عدسے لگے ہوں اور دوسری طرف نزدیک کے کاموں کے واسطے عدسے لگائے گئے ہوں اور جب دور کی اشیاء کو دیکھنے کے بعد مریض نزدیک کا کام کرنا چاہے تو عینک کو پلٹ لینے سے نزدیک کی بصارت والے عدسے آنکھ کے سامنے آجائیں۔

عدسہ نکالی ہوئی بغیر عدسہ کی آنکھ کو تیز روشنی کے مقابلہ میں کبھی نہ رکھیں ورنہ سُرخ بصارت کی شکایت پیدا ہو جائیگی۔

دونوں آنکھوں کی انعطافی طاقت میں تفاوت عظیم

(Anisometropia)

عام طور پر دونوں آنکھوں کی انعطافی طاقت میں تھوڑا سا فرق پایا جاتا ہے بعض اوقات اس کی وجہ سے آنکھ میں تکان کی علامتیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ اس کی مختلف قسمیں پائی جاتی ہیں۔ جب معمولی اور خفیف نقص ہو تو بصارت بالعینین (Binocular vision) مکمل نہیں ہوتی۔ اگر فرق کچھ زیادہ ہو جائے تو بغیر مناسب چشمے کے تصحیح ناممکن ہو جاتی ہے اور بغیر چشمے کے مریض صرف ایک آنکھ سے فضائی اشیاء کو دیکھتا ہے ایسی صورت میں یہ خطرہ رہتا ہے کہ جس آنکھ سے کام نہیں لیا جاتا ایسا نہ ہو کہ اس کا محور باہر کی طرف کو ہٹ جائے۔ اگر

ایک آنکھ کی بصارت طبعی ہو اور دوسری میں قصر بصر ہو تو طبعی بصارت والی آنکھ کو ممکن ہے کہ مریض دور کی چیزوں کو دیکھنے کے لئے اور قصر بصر والی آنکھ کو نزدیک کے کام کاج کے لئے استعمال کرے۔

علاج

اس حالت کو درست کرنے میں مشکلات پیش آتی ہیں۔ ہم یہ بتا چکے ہیں کہ اگر چشمہ کا شیشہ آنکھ کے مقدم ماسکی سطح پر ہو تو باہر کی اشیا کی شبیہ شبکیہ پر طبعی بصارت والی آنکھ کے شبکیہ والی شبیہ کے برابر ہوتی ہے لیکن عملی طور پر چشمے مقدم ماسکی سطح سے دور رکھ کر استعمال کئے جاتے ہیں۔ اسی وجہ سے مثبت عدسہ شبکیہ کی شبیہ کو بڑا کر دیتا ہے اور منفی عدسہ سے شبیہ چھوٹی ہو جاتی ہے۔ اب یہ سمجھنا آسان ہے کہ شدید حالتوں میں دونوں آنکھوں میں شبکیہ کی شبیہ کے حجم کا تفاوت آپس میں کس قدر زیادہ ہو سکتا ہے۔ مریض کے لئے یہ ناممکن ہوتا ہے کہ وہ دونوں آنکھوں کی صاف شبیہ کو باہم مدغم کر سکے۔ اگر وہ ان شیشوں میں سے ترچھے طور پر دیکھے تو اس کی تکلیف میں اور اضافہ ہو جاتا ہے۔ ایسے مریضوں کو چشمہ دیتے وقت ذیل کی باتوں کا لحاظ سود مند ہوتا ہے۔

اگر دونوں آنکھوں کے انعطاف میں ۴ بصریہ سے کم فرق ہو تو تصحیح کلی کے چشمے مسلسل استعمال کے لئے دئے جائیں اور ۶ ہفتہ تک بلا ناغہ ان کو استعمال کیا جائے۔ اگر اب بھی مریض ان کو برداشت نہ کر سکے تو ممکن ہے کہ جس آنکھ میں نقص کم ہے صرف اس کو دور کی بصارت کے لئے درست کر دینا کافی ہو جائے۔

بارہ برس سے کم عمر مریضوں میں تصحیح کلی کے چشمے مسلسل استعمال کے لئے دئے جائیں۔ خواہ دونوں آنکھوں کے انعطاف کا فرق ۴ بصریہ سے زائد ہی کیوں نہ ہو۔ زیادہ کمزور آنکھ کو ورزش کرائی جاوے۔ جیسا کہ حول (Concomitant strabismus) کی صورت میں کیا جاتا ہے۔ عموماً یہ علاج ناکام ثابت ہوتا ہے۔ دونوں آنکھوں کی بصارت کو درست کرنے کے لئے اس کو اختیار کرنا ضروری ہے۔ یہ علاج زیادہ عمر کے مریضوں میں ہمیشہ ناکام ثابت ہوتا ہے۔

اگر تصحیح کلی کے چشمے مسلسل نہ استعمال کئے جا سکیں تو دونوں آنکھوں میں مصنوعی طور پر اس قدر بصر شیخوخت پیدا کریں جس کی مقدار دونوں آنکھوں کے تفاوت سے نصف ہو۔ ایسا کرنے سے مریض نزدیک کا کام کرنے کے قابل ہو جاتا ہے مثلاً اگر کسی مریض کی ایک آنکھ طبعی بصارت والی ہے اور دوسری آنکھ میں ۳ بصریہ کا قصر بصر موجود ہے تو +۱½ بصریہ والا عدسہ طبعی بصارت والی آنکھ کے سامنے لگا دیں اور -۱½ بصریہ طاقت والا عدسہ دوسری آنکھ کے

سامنے لگا دیں۔ ایسا کرنے سے مریض نزدیک کا کام بآسانی انجام دے سکے گا۔

آنکھ کے انعطافی نقائص کی اصلاح آنکھ کے انعطافی نقائص کو درست کرنے میں مندرجۂ ذیل باتوں کا خیال ضروری ہے۔ بشرطیکہ مریض کی عمر ۱۵ سال سے کم ہو۔

(۱) دور اور نزدیک کی بصارت کا معائنہ کیا جائے بشرطیکہ مریض حروف تہجی کو پہچانتا ہو

(۲) حدقی رد عمل کا معائنہ کیا جائے۔

(۳) سترہ کے ذریعہ عضلی توازن کا امتحان کیا جائے۔

(۴) منظار العین کے ذریعہ قعر عینی کا معائنہ کریں۔

مذکورۂ بالا امتحانات کے بعد مریض کی آنکھ میں ایٹروپین کا مرہم لگا دیا جائے مرہم لگانے کے لئے شیشے کی گول اور کند سلائی اختیار کی جائے کم از کم تین دن تک روزانہ تین مرتبہ مرہم لگایا جائے۔ پھر جب دوسری مرتبہ مریض آوے تو۔

(۱) انعکاس شبکیہ کے امتحان سے انعطافی نقائص کو معلوم کریں۔

(۲) منظار العین کے ذریعہ قعر عینی کا بالتفصیل معائنہ کریں۔

(۳) اس کے بعد مریض کو باہر لے جائیں اور انعکاس شبکیہ کے ذریعہ چشمہ کا جو نمبر معلوم ہو چکا ہے اس میں مناسب ترمیم کر کے مریض کی آنکھ میں چشمہ لگائیں اور ۶ میٹر کے فاصلے سے حرفوں کو پڑھوا کر دیکھیں کہ اب مریض کی بینائی ٹھیک ہو گئی یا نہیں۔ مگر یہ امتحان صرف اُس وقت کیا جائے جب کہ مریض حرفوں کو پہچانتا ہوں۔

(۴) مختلف انعطافی خرابیوں کے لئے مذکورہ اصولوں کے ماتحت چشمہ کا نمبر لکھ دیں۔

اگر مریض کی عمر ۱۵ سال سے ۲۵ سال تک ہو تو ابتدائی امتحان بعینہٖ مثل سابق کیا جائے۔ مگر ایٹروپین کا اثر چونکہ دیر تک رہتا ہے اس وجہ سے مریض کو اپنے پیشہ میں تکلیف ہوتی ہے لہذا ایٹروپین کے بجائے ہوم ایٹروپین کا استعمال زیادہ مناسب ہے۔

لیکن جب مریض کی عمر ۲۵ اور ۴۰ سال کے درمیان ہو تو مندرجہ ذیل امور کی پابندی کریں۔

(۱) دور اور نزدیک کی بصارت اور جلی طول بصر کا امتحان کریں۔

(۲) حدقی تفاعل کو دیکھیں اور طاقت توفیق کی وسعت معلوم کریں۔

(۳) تنویر موربی اور منظار العین کے ذریعہ مفصل معائنہ کریں۔

اگر مذکورہٗ بالا امتحانات کے بعد یہ فیصلہ ہو جائے کہ مریض کی آنکھ میں صرف انعطافی نقص ہے تو آیندہ حسی امتحان کے مطابق عمل پیرا ہوں۔

(الف) اگر بصارت ۶/۶ ج نمبر ۱ ہو اور اس کے ساتھ جلی خفیف طول بصر بھی ہو نیز آنکھ کے تکان کی علامتیں بہت کم نمایاں ہوں تو صرف جلی طول بصر کی طاقت کا چشمہ دیں۔ (جلی طول بصر جتنے بصریہ کا ہو اتنے ہی بصریہ کا چشمہ بھی ہو)

(ب) اگر بصارت ۶/۶ سے کم اور طول بصر معدوم ہو مگر ج نمبر ۱ بآسانی مریض پڑھ سکتا ہو خاص کر جب کہ تختی پڑھنے کے معمولی فاصلہ کے اعتبار سے نزدیک تر ہو تو گمان غالب یہ ہوگا کہ مریض کو بسیط قصر بصر لاحق ہے لہذا ایسی صورت میں آنکھ میں ہوم ایٹروپین ڈال کر شبکیہ کے انعکاس کا معائنہ کریں اور حسی معائنہ کے بعد چشمہ کا نمبر مقرر کریں۔

بعض ماہرین ناشر حدقہ دوا ڈالے بغیر پہلے حسی معائنہ پھر منظار العین کے ذریعہ معائنہ کر کے دونوں کی تطبیق شبکیہ کے انعکاس سے کرتے ہیں اور اسی پر اکتفا کر کے چشمہ کا نمبر لکھ دیتے ہیں۔ امتحان میں ناشر حدقہ دوائیں استعمال نہیں کرتے۔

(ج) اگر بصارت ۶/۶ سے کم ہو اور کسی قسم کے محدب عدسہ کی مدد سے بھی مریض ۶/۶ نہ پڑھ سکے یا ۶/۶ کے صرف بعض حروف پڑھ لے یعنی ترچھے خطوط والے الفاظ مثلاً Z کو وہ نہ پڑھ سکے تو خیال غالب یہ ہوگا کہ مریض کو سدا دبصر لاحق ہے۔ ایسی صورت میں ہوم ایٹروپین ڈال کر شبکیہ کے انعکاس کے معائنہ کے بعد مریض کو باہر لائیں اور چشمہ لگا کر امتحان کریں۔

اگر مریض کی عمر ۴۰ برس سے زائد ہو تو امتحان کا طریقہ بعینہٖ وہی ہوگا جو ۲۵ سے ۴۰ سال عمر کے مریضوں کے متعلق بیان کیا گیا ہے۔ مگر اس مریض کے معائنہ میں بصر شیوخت کا خیال رکھا جائے گا۔ طول بصر والے مریضوں میں دور کی بصارت پر اس کا یہ اثر ہوتا ہے کہ اگر ۶/۶ کو معمولی حالت میں پڑھ سکتا ہے تو محدب عدسہ کی مدد سے بہت

آسانی کے ساتھ پڑھ سکیگا۔ نزدیک کی بصارت پر بصر شیخوخت کا جو اثر ہوتا ہے اس کو ہم مفصل بیان کر چکے ہیں۔

اگر بصر شیخوخت والے مریض کی دور کی نظر عدسہ کی امداد کے باوجود $\frac{6}{6}$ کسی طرح نہ ہو سکے تو خیال غالب یہ ہوگا کہ مریض کو سداد بصر لاحق ہے یا وہ کسی اور مرض مثلاً خفی موتیا بند (Incipient cataract) وغیرہ میں مبتلا ہے اگر منظار العین سے معائنہ کرنے پر صرف سداد بصری معلوم ہو تو ہوم ایٹروپین آنکھ میں ڈال کر (ہمیشہ خیال رہے کہ ایسے مریضوں کی آنکھ میں ایٹروپین کبھی نہ ڈالی جائے) معائنہ کرنے کے بعد ایک قطرہ ایسرین محلول کا ڈال دیں اور انعطافی نقایص کو شبکیہ کے انعکاس کے ذریعہ معائنہ کرنے کے بعد اس وقت چشمہ لگا کر دیکھیں جب کہ ہوم ایٹروپین کا اثر زائل ہو جانے کے بعد مریض دوسری مرتبہ معالج کے پاس آوے۔

چشمے
Spectacles

بچوں کو بڑے اور گول چشمے دیئے جائیں کیونکہ وہ چشمے کے اوپر اور نیچے سے دیکھ لیتے ہیں۔ بڑی عمر کے مریضوں کو جب سداد بصر لاحق ہو تو ان کے واسطے بند ہو جانے والے چشمے کبھی نہ تجویز کریں۔ کیونکہ یہ سداد بصر کی حالت میں خصوصیت کے ساتھ نقصان دہ ہوتے ہیں۔ صرف نہ بند ہونے والے چشمے دئے جائیں۔ یہ ضروری ہو کہ چشمہ مریض کو بالکل ٹھیک ہوتا ہو۔ دور کی بصارت کے واسطے جو چشمے تجویز کئے جائیں ان کے عدسہ کا مرکز اور حدقۂ عینی کا مرکز دونوں ایک ہی خط میں واقع ہوں۔ اور نزدیک کی بصارت والے چشمے کا مرکز ذرا اندر کی طرف ہو تاکہ نزدیک دیکھتے وقت دونوں آنکھوں کے محور ایک دوسرے کی طرف کسی قدر جھک جائیں اس کے علاوہ یہ چشمے اس طرح ترچھے بھی ہوں کہ لگانے پر ان کی سطح چہرے کے ساتھ ۱۰ ڈگری کا زاویہ بنائے۔ ایسی صورت میں یہ شیشے محور بصارت کے ساتھ اس وقت زاویہ قائمہ بناتے ہیں جبکہ آنکھیں پڑھنے کے لئے ایک دوسرے کی طرف جھکی ہوں بعض اوقات ایسے چشمے بھی استعمال کئے جاتے ہیں جن میں ایک ہی شیشے کے اندر نزدیک اور دور کی دونوں طاقتیں رکھی جاتی ہیں۔ ان کے اوپر کے حصے میں دور کی نظر کے واسطے اور نیچے کے حصے میں نزدیک دیکھنے کے واسطے دو مختلف شیشے لگائے جاتے ہیں بعض اوقات ان کو لگا کر سیڑھیوں پر سے اترنا مشکل ہوتا ہے۔ کیوں کہ نیچے دیکھنے پر زمین پر کی چیزیں پڑھنے کے معمولی فاصلہ سے زیادہ دور ہونے کی وجہ سے صاف نظر نہیں آتیں۔ اگر شدید قصر بصر میں رنگین یا بھورے چشمے استعمال کئے جائیں تو زیادہ مناسب ہے۔ گرم ممالک میں کرکس (Crookes) کے چشمے زیادہ مناسب اور بہتر سمجھے جاتے ہیں۔

امراض ملحقات العین

امراض اجفان

اجفان اجفان میں باہر کی طرف جلد اور اندر کی طرف غشاء مخاطی کا (جس کو ملتحمہ کہتے ہیں) استر ہوتا ہے۔ اس کے آزاد کناروں (Margo intermarginalis) کی دبازت تقریباً ۲ ملی میٹر ہوتی ہے اور یہ مندرجہ ذیل بافتوں پر مشتمل ہوتے ہیں۔

(۱) عضلات (۲) غدد (۳) عروق دمی (۴) اعصاب

یہ سب ساختیں نسیج واصل کے ذریعہ ایک دوسرے سے وابستہ ہوتی ہیں۔ اجفان کی اندرونی سطح پر نسیج واصل کی مقدار زیادہ ہوتی ہے اور اس قدر دبیز ہوتی ہے کہ اس کو غضروف جفنی (Tarsus) کہتے ہیں۔ حقیقتاً یہ غضروف نہیں ہے بلکہ نسیج واصل کی ایک موٹی تہ ہوتی ہے۔ جسم کے دوسرے مقامات اور اجفان کی جلد میں صرف یہ فرق ہے کہ اجفان کی جلد پتلی ہوتی ہے اور زیرین نسیجوں سے مستحکم طور پر ملحق نہیں ہوتی اس کے اندر شحم بالکل نہیں پائی جاتی۔ اوپر نرم روئیں کے مانند بال ہوتے ہیں اور اس میں شحمی غدد کے علاوہ عرقی غدد (Sweat glands) بھی پائے جاتے ہیں۔ جفنی کناروں کے مقدم حصے پر لمبے بال ہوتے ہیں جو ایک حیثیت سے مقلۂ عین کی حفاظت کا کام دیتے ہیں۔ ان کو مژگاں (پلک) کہتے ہیں۔ مژگان کے بال چھوٹے، مضبوط اور منحنی ہوتے ہیں اور ایک یا ایک سے زائد قطاروں میں جفنی کناروں پر پائے جاتے ہیں۔ ان کے شحمی غدد کی ساخت بھی ان کی طرح مخصوص ہوتی ہے ان غدد کو زائیس کی طرف (Zeiss's glands) منسوب کیا جاتا ہے۔ دوسرے شحمی غدد اور ان غدد میں سوائے اس کے کوئی فرق نہیں ہوتا کہ یہ لمبائی میں نسبتاً بڑے ہوتے ہیں۔ جفنی کناروں کے نزدیک عرقی غدد پائے جاتے ہیں جو دوسرے جلدی غدد سے زیادہ بلے ہوتے ہیں۔ ان کو غدد مول (Molls glands) کہا جاتا ہے یہ غدد مژگاں کے حویصلہ شعری کے بالکل پیچھے واقع ہوتے ہیں اور ان کی قناۃ غدد زائیس کی قناۃ یا حویصلہ شعری میں پہونچ کر کھلتی ہے۔ بلا واسطہ جلدی سطح

پر اس کا خاتمہ نہیں ہوتا۔

جفنی آزاد کنارے کا وہ حصہ جو مقدم اور موخر کناروں کے درمیان واقع ہوتا ہے اس پر طباقی بشری خلیات Stratified epithelium پائے جاتے ہیں۔ جن کی ساخت میں ملتحمہ اور جلدی خلیات دونوں قسم کی خصوصیات پائی جاتی ہیں۔ جفنی آزاد کنارے کا مقدم سرا گول ہوتا ہے اور موخر سرا جو مقلہ عین کے ساتھ متصل رہتا ہے دھار دار ہوتا ہے جس کی کشش کی وجہ سے رطوبت دمعی کو مقلہ عین کے تر رکھنے میں آسانی ہوتی ہے۔ موخر کنارے سے ذرا آگے کی طرف "قناۃ غددمائی بوین" کھلتی ہیں ان کے اور مقدم کنارے کے درمیان خاکستری رنگ کا باریک خط ہوتا ہے! جہاں پر آپریشن کرتے وقت اسی مقام پر ہم جفنی کنارے کو دو حصوں میں تقسیم کرنے کے لئے شگاف دیتے ہیں۔ کیوں کہ اس جگہ کی نسیج واصل بہت ڈھیلی ہوتی ہے۔ اور یہ مقام عضلہ محیط جفنی اور غضروف جفنی کے درمیان واقع ہوتا ہے۔

غضروف جفنی موٹی، اور دبیز نسیج واصل پر مشتمل ہوتی ہے۔ اس میں غضروفی خلیات بالکل نہیں ہوتے جیسا کہ ہم پہلے بتاچکے ہیں اس کا نام غضروف اس لئے رکھ دیا گیا ہے کہ یہ ایک لوح کے مانند ہوتی ہے۔ غضروف جفنی کے اندر بہت بلے چند شحمی غدد ہوتے ہیں۔ جن کو غددمائی بوین کہتے ہیں۔ یہ دراصل سیدھی انابیب ہیں جو عمودی طور پر واقع ہوتی ہیں ان میں سے ہر ایک جفنی کنارے پر ایک سوراخ میں ختم ہوتی ہے اوپر کی طرف یہ بند ہوتی ہیں۔ اور ان کے اطراف میں بہت سی انابیب شاخوں کے طور پر پائی جاتی ہیں۔ ان کے اندر غددی بشری خلیات بھرے ہوتے ہیں۔ جن میں بکثرت شحمی حبیبات پائے جاتے ہیں۔ تعداد میں یہ غدد ۲۰ یا ۳۰ ہوتے ہیں۔ نیچے کی جفن میں ان کی تعداد کم اور اوپر کی جفن میں زیادہ ہوتی ہے۔

عضلہ محیط جفنی Orbicularis prlpebrarum کے الیاف جلد اور غضروف جفنی کے درمیان واقع ہوتے ہیں غضروف جفنی کے بالائی کنارے پر عضلہ رافعۃ الجفن علیا (Palpebrae superioris) کے الیاف آکر لگتے ہیں۔ اسی کے چند مقدم الیاف محیط جفنی کے درمیان سے گذر کر جفنی جلد کے درمیان میں مدغم ہو جاتے ہیں اور موخر الیاف ملتحمہ کے اندر طاق عینی میں داخل ہوتے ہیں۔

عضلہ مستقیمہ سفلیہ (Rectus inf) اور عضلہ موربہ سفلیہ (inf. Oblique) ان دونوں کے الیاف سامنے کو ہوتے ہوئے زیریں جفن کی غضروف اور رباط جفنی میں ختم ہوتے ہیں۔ ان مخلوط عضلی الیاف کے

علاوہ ہر جفن میں غیر مخطط عضلی الیاف بھی پائے جاتے ہیں جو عضلات ملر سفلیہ و علیہ کہلاتے ہیں - عضلات ملر کے بالائی حصہ کے الیاف عضلہ رافعۃ الجفن سے نکل کر اس کے پیچھے ہوتے ہوئے غضروف جفنی میں مدغم ہو جاتے ہیں اور زیرین حصہ کے الیاف عضلۂ مستقیمہ سفلیہ کے پیچھے ہوتے ہوئے زیرین جفن کی غضروف میں پیوست ہوتے ہیں -

بالائی جفن کی شرائین دو قوسیں بناتی ہیں جن میں سے ایک کو بالائی اور دوسری کو زیرین قوس کہتے ہیں بالائی قوس غضروف جفنی کے اوپر کے کنارے اور عضلہ محیط جفنی کے درمیان اور زیرین قوس غضروف جفنی کے نچلے سرے پر مژگاں کے حویصلات شعری کے اوپر واقع ہوتی ہے - زیرین جفن میں شریانی قوس صرف ایک ہوتی ہے جو اس کے آزاد کنارے کے نزدیک واقع ہوتی ہے - ہر جفن میں دو دو وریدی شبکے پائے جاتے ہیں - جن میں سے ایک موخر وریدی غضروفی شبکہ کہلاتا ہے جو عینی اوردہ میں کھلتا ہے اور دوسرا وریدی شبکہ غضروف جفنی کے سامنے ہوتا ہے اور زیر جلدی وریدوں میں کھلتا ہے -

اجفان کے حسی اعصاب پانچویں عصب کی شاخیں ہیں - عصب ثالث کی شاخیں عضلہ رافعۃ الجفن میں پہونچتی ہیں اور عصب ہفتم کی شاخیں عضلۂ محیط جفنی میں اور شرکی اعصاب کی شاخیں عضلات ملر میں مدغم ہوتی ہیں (مفصل تشریح اجفان ملاحظہ ہو)

امراض

امتلاء دموی (Hyperaemia)

نزف الدم (Haemorrhage)

اوذیما (Oedema) اجفان کا اوذیما عام طور پر پایا جاتا ہے - بچوں میں التہاب ملتحمہ بثری کے ساتھ خاص طور پر ظاہر ہوتا ہے" ایٹروپین کی خراش سے بھی پیدا ہو جاتا ہے -

مذکورہ کیفیات فی نفسہ کوئی مرض نہیں ہیں - مگر دوسری بیماریوں کے نمایاں عوارض کے طریقہ پر رونما ہوتی ہیں - فاعلی اور مجہولی احتقان دموی Active-passive hyperaemia دونوں پائے جاسکتے ہیں - اول الذکر کی وجہ سے اجفان میں ورم اور سرخی پیدا ہو جاتی ہے اور تہیج بھی پایا جاتا ہے اور موخر الذکر کی وجہ سے اجفان کا رنگ نیلگوں اور وریدیں زیادہ نمایاں ہو جاتی ہیں اس کا سبب یہ ہے کہ مجری وریدوں میں کوئی رکاوٹ ہوتی ہے مختلف طفیلی حیوانات مثلاً بھڑ - شہد کی مکھیاں وغیرہ کے کاٹنے سے بھی شدید تہیج پیدا ہو جاتا ہے - گوہیری - خراج -

اور اجفان کے آتشکی قروح سے بھی تہیج رونما ہوتا ہے۔

اوذیما (Oedema) یعنی تہیج وہ حالت ہے جس میں اجفان متورم اور دبیز ہو جاتی ہیں اس کی وجہ سے بالائی جفن نیچے کو گری ہوئی معلوم ہوتی ہے۔ فتحۃ العین معمولی حالت سے تنگ یا چھوٹا ہو جاتا ہے۔ کبھی آنکھ بالکل بند ہو جاتی ہے۔ اجفان کی حرکت میں کمی آجاتی ہے اور گاہے حرکات بالکل مسدود ہو جاتی ہیں۔ جفنی جلد میں تناؤ کے مختلف مدارج پائے جاتے ہیں جب تہیج میں کمی آجاتی ہے تو اجفان پر چینٹیں نمودار ہو جاتی ہیں۔ اور جلد کا رنگ سفیدی مائل ہو جاتا ہے۔ رنگت ہلکی سرخی مائل یا نیلگوں بھی ہو سکتی ہے بشرطیکہ اس کے ساتھ التہاب بھی موجود ہو۔ ایک آنکھ کا تہیج ناک پر سے گذر کر دوسری آنکھ تک پہونچ سکتا ہے۔

بعض اوقات تہیج میں التہابی وجوہ کو بھی دخل ہوتا ہے۔ چنانچہ صرف گوہانجنی یا حاد التہاب کیس دمعی۔ الحمرا۔ التہاب غشاء العظم مجری وغیرہ سے بھی اوذیما نمودار ہو سکتا ہے اور کبھی مقلہ عین کی دوسری بیماریاں یا التہاب ملتحمہ وغیرہ مثلاً التہاب ملتحمہ خناق وبائی۔ التہاب سوزاکی۔ التہاب کل العین یا جوف کہفی کے سدہ یا مرض فیل پا۔ یا مجری ورم قلغمونی اور یا کیڑے مکوڑوں کے کاٹنے کی وجہ سے بھی پیدا ہوتا ہے۔ عروقی عصبی مشارکت سے اوذیما شاذ و نادر ہی ہوتا ہے بعض اوقات اس کا تعلق مستورات کے حیض سے بھی پایا گیا ہے۔ آتشک کے عوارض کے سلسلہ میں شاذ و نادر اور بہت دیر کے بعد اوذیما کا ظہور ہوتا ہے جو آتشک کا مناسب علاج کرنے سے جاتا رہتا ہے۔ مذکورہ چیزوں کے علاوہ طفیلی اجسام بھی اس کا باعث ہوتے ہیں۔

اگر اس میں جفنی ورم صرف ایک طرف ہو تو آلات دمعی کا غور کے ساتھ معائنہ کرنا چاہئے کیونکہ کیس دمعی کے خراج سے بھی عموماً یہ کیفیت پیدا ہو جاتی ہے اور اگر اندرونی رباط جفنی کے اوپر تہیج ظاہر ہو تو عظم الجبہہ کے جوف میں پیپ کے پیدا ہونے کا شک ہوتا ہے۔ جب بغیر کسی ظاہری سبب کے نمایاں طور پر زیرین جفن پر تہیج پایا جائے تو اس کی وجہ جیب ہائیمور کے اندر پیپ کی موجودگی ہو سکتی ہے۔ مقامی ورم یا تہیج مجری کناروں کی غشاء العظم کے التہاب کی وجہ سے ہوتا ہے۔

جفنی اورام کے ہر مریض کا معائنہ نہایت غور کے ساتھ کرنا چاہئے اگر ضرورت محسوس ہو تو ماہر ڈسمر کا آلہ اجفان کو اٹھانے کے لئے استعمال کریں۔ التہاب کل العین اور غلاف ٹینان (Tenon) کے التہاب صدیدی۔ مجری سلعات یا مجری نسیجوں کے التہاب کی صورت میں یہ کیفیت پائی جا سکتی ہے۔ اجفان کا مجہولی ورم یا تہیج التہاب الکلیہ

(۱) چوٹ کی وجہ سے آنکھ کا تہیج ۔

(۲) دائیں آنکھ کے بالائی جفن کا سلعہ ۔

(۳) جفن کو اُلٹ کر دکھایا گیا ہے ۔

(۴) اجفان کا غانغرانا ۔

(۵) چوٹ کی وجہ سے زیر جلدی ساختوں میں نزف الدم ۔

(۶) جفن کا سلعہ لحمیہ ۔

١ ٢ ٣



٣ ٥ ٦



یا قلب کی بیماریوں میں پایا جاتا ہے ۔ مزمن تصلب جفنی (Ch. Thickening) کو تہیج سے مشابہت ہوتی ہے مگر اس میں زیادہ سختی پائی جاتی ہے ۔

نزف الدم جفنی جلد پر اُن بیماریوں میں رونما ہوتا ہے جن کی وجہ سے عموماً جسمانی جلد میں پایا جاتا ہے ضغط دموی کے بہت زیادہ ہونے کی وجہ سے زیادہ کھانسی خصوصاً کالی کھانسی ۔ قے ۔ صرع کے حملے اور جمجمی قاعدے کے ٹوٹنے سے بھی پیدا ہو جاتا ہے ۔ جفنی نزف الدم کے ساتھ ملتحمہ میں بھی نزف الدم شروع ہو جاتا ہے ۔ زیر جلد نزف الدم ہونے کے بعد اجفان کا رنگ مختلف مدارج تغیرات طے کرنے کے بعد جلد ہی اپنی طبعی رنگت پر آجاتا ہے ۔

نزف الدم کی بہت زیادہ شدید حالت میں پٹی لگانے کی ضرورت ہوتی ہے ۔ شروع میں ٹھنڈی پٹی لگانا چاہیے اس کے بعد تکمیدات سے استفادہ کرنا چاہیے ۔ اس کے علاوہ مزید علاج کی ضرورت نہیں ہوتی ۔

غیر طبعی رطوبی ترشحات

۱ ۔ حاشیۂ جفنی کا سیلان دہنی حقیقتاً غدد کی رطوبت کی زیادتی ہے ۔ اس کا تعلق التہاب حاشیۃ الجفن کے ساتھ ہے ۔ اجفان پر سُرخ خونی یا نیلا پسینہ بھی کبھی کبھی دیکھا جاتا ہے ۔

التہاب الاجفان
Inflammation of lids

تمام وہ التہابی کیفیتیں جو جلد کے ساتھ مختص ہیں ۔ اجفان میں بھی رونما ہو سکتی ہیں ۔ ان میں سب سے زیادہ خطرناک الحمرا ہے کیوں کہ یہ التہاب مجبر کی انسجہ پر حملہ آور ہو کر خطرناک نتائج پیدا کر سکتا ہے اور اس کی وجہ سے شدید التہاب منتشرہ اور ضمور عصبہ باصرہ بھی لاحق ہو سکتا ہے ۔ اس کے علاوہ جوف کہفی (Cavernous sinus) کے اندر سدہ یا التہاب کا پیدا ہونا بھی ممکن ہے ۔

بعض اوقات عقابیل عینی (Herpes) کو غلطی سے معالجین الحمرا سمجھ لیتے ہیں ۔ حالاں کہ عقابیل قرنوی کا صرف ایک طرف ہونا اور وہ بھی صرف عصبی شاخوں کے رستوں میں اُن کا واقع ہونا نیز عقابیل کی مخصوص شکل اگر ان تمام باتوں کو ملحوظ خاطر رکھا جائے تو یہ غلطی نہیں ہو سکتی ۔

التہاب حاشیۃ الاجفان Blepharitis

ایک قسم کا مزمن التہاب ہے ۔ ابتدا میں صرف بسیطاً متلازم دموی کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے ۔ مگر یہ حالت اس حالت سے

مختلف ہوتی ہے جو رونے سے پیدا ہو جایا کرتی ہے۔ اسی طرح اس حالت سے بھی یہ جداگانہ ہے جو تمباکو کی چھوتی لگنے سے پیدا ہوتی ہے۔ یہ التہابی حالت زیادہ دیرپا ہوتی ہے۔ اس کا سبب اور علاج وہی ہے جو اس سے شدید التہابی کیفیتوں کا ہے۔ صادق التہاب حاشیۃ الجفن کی دو قسمیں ہیں۔

(۱) التہاب حاشیۃ الجفن یابس قشری Squamous blepnaritis اس التہاب میں جفنی حاشیہ پر سفید قشور اہداب جفنی کے درمیان جمع ہو جاتے ہیں اور مژگاں کے بال بآسانی گر جاتے ہیں مگر دوبارہ آسانی کے ساتھ اگ بھی آتے ہیں۔ اگر ان قشور کو الگ کر لیا جائے تو ان کے نیچے جلدی سطح میں امتلاء دموی پایا جاتا ہے مگر قروح نہیں ہوتے ہمارے خیال میں یہ ایک قسم کا دہنی سیلان ہے۔

(۲) التہاب حاشیۃ الجفن متقرح Ulcerative blepharitis اس حالت میں زرد قشور مژگاں کو ایک دوسرے کے ساتھ چپکا دیتے ہیں اور ان کو الگ کرنے پر ان کے نیچے چھوٹے چھوٹے قروح ظاہر ہوتے ہیں جن سے آسانی سے خون نکلنے لگتا ہے یہ قروح جفنی اہداب کے چاروں طرف ہوتے ہیں پلکوں کے بال آسانی کے ساتھ گر جاتے ہیں یا بآسانی نکالے جا سکتے ہیں اور ایک مرتبہ نکال دینے کے بعد دوبارہ نہیں اُگتے۔ اور اگر اُگتے ہیں تو عجیب قسم کے ٹیڑھے میڑھے ہوتے ہیں کیونکہ حویصلہ شعری کو نقصان پہنچ جاتا ہے اس التہاب کی وجہ سے جفنی حاشیہ سُرخ ہو جاتا ہے اس میں خارش ہوتی ہے۔ آنسو بہت نکلتے ہیں اور چوند معلوم ہوتی ہے۔

متقرح التہاب کے نتائج خراب ہوتے ہیں اگر اُن کا مناسب علاج جلد نہ کیا جائے اور مدت تک جاری نہ رکھا جائے تو یہ التہاب نہایت مزمن صورت اختیار کر لیتا ہے اور اس کے ساتھ مزمن التہاب ملتحمہ بھی شروع ہو جاتا ہے۔

صادق التہاب حاشیۃ الجفن کو پہچاننا بہت ضروری ہے۔ خصوصاً اس حالت سے اس کی تفریق لابدی ہے جس میں ملتحمی رطوبت کے جم جانے کی وجہ سے پلک کے بال آپس میں چپک جاتے ہیں۔ لہٰذا خیال رکھیں کہ موخرالذکر حالت میں جمی ہوئی رطوبت کو صاف کرنے کے بعد جفنی حاشیہ طبعی حالت میں ہوتا ہے کبھی حاشیۃ الجفن کا تقرح گہرا ہوتا ہے جس کی وجہ سے آخر کار شعری حویصلات بیکار ہو جاتے ہیں۔ اگر یہ صورت موجود ہو تو صرف چند اہداب باقی رہ جاتے ہیں۔ جو ٹیڑھے میڑھے ہوتے ہیں۔

قروح کے اندمال کے بعد لیفی ندبی ساخت سکڑتی ہے جس کی وجہ سے قرب و جوار کے شعری حویصلات اپنی

جگہ چھوڑ دیتے ہیں یا ٹیڑھے ہوجاتے ہیں۔ اسی وجہ سے پلک کے بقیہ بالوں کی طبعی حالت باقی نہیں رہجاتی ہی اور وہ ٹیڑھے ہو جاتے ہیں۔ اگر مژگاں نیچے کی طرف کو ٹیڑھے ہوں تو آنکھ کے جھپکنے میں قرنیہ پر رگڑ پیدا کرتے ہیں۔ کبھی لیفی ندبی ساخت اس قدر بڑھ جاتی ہے کہ جفنی حاشئے موٹے ہوجاتے ہیں اور اپنے ثقل کی وجہ سے نیچے کو گرے ہوئے دکھائی دیتے ہیں ۔

مدت تک تقرح کے قائم رہنے کی وجہ سے زیرین جفن کی طبعی حالت کے بدلنے کا زیادہ امکان ہوتا ہے اور لیفی ندبی ساخت کے سکڑنے کی وجہ سے ملتحمہ لوٹ کر باہر کو آجاتا ہے۔ جفنی حاشیہ کا موخر کنارہ بجائے دھار دار ہونے کے گول ہوجاتا ہے اور اس کی رطوبی کشش بھی کم ہوجاتی ہے۔ یہی وجہ ہوتی ہے کہ آنسو اس کے اوپر سے ہوتے ہوئے نیچے کو گرنے لگتے ہیں ۔ اسی کے ساتھ اگر نقاط دمعی کا التواء بھی پیدا ہوجائے تو یہ حالت اور بھی نمایاں ہوجاتی ہے کیونکہ نقاط دمعی جب ملتحمہ کے ساتھ ٹھیک طریقہ پر ملحق نہ ہوں تو آنسو یا رطوبت دمعی ان کے اندر داخل نہیں ہوتی مسلسل جلد کے تر رہنے کی وجہ سے اگزیما ہوجاتا ہے اور اس کے بعد جلد سکڑ جاتی ہے۔ اس حالت میں مزید خرابی اس وجہ سے پیدا ہوتی ہے کہ مریض ہمیشہ آنسوؤں کو پونچھتے رہتے ہیں۔ بالآخر بیرونی التواء جفنی (Ectropion) لاحق ہوجاتا ہے اس وقت آنسو اور بھی زیادہ باہر کو بہنے لگتے ہیں۔ اور یہ حالت دن بدن بڑھتی رہتی ہے ۔

اس التہاب کے اسباب کی مختلف قسمیں ہیں۔ مگر عموماً ایسے بچوں کو لاحق ہوتا ہے جن کو عرصہ تک خراب اور گندے مقامات پر جہاں حفظان صحت کی تدابیر عمل میں نہ لائی جاتی ہوں رہنے کا اتفاق ہوا ہو اور وہ بچے بھی اس میں مبتلا ہوتے ہیں جو مختلف امراض مثلاً فقر الدم ، درنی التہاب ۔ آتشک یا خسرہ وغیرہ کی وجہ سے کمزور ہوگئے ہوں ۔ یہ حالت مزمن التہاب ملتحمہ کی وجہ سے بھی پیدا ہوسکتی ہے ۔ التہاب ملتحمہ پیدا کرنے والا ماحول مثلاً غبار آلود ہوا ۔ گرمی ۔ رات کو دیر تک جاگتے رہنا یہ سب باتیں بھی اس کا سبب ہوسکتی ہیں بعض اوقات عصار زوجیہ سے پیدا ہونے والے التہاب ملتحمہ کے ساتھ بھی مشارکت کے طور پر یہ التہاب پیدا ہوجاتا ہے۔ عموماً ایسے مریضوں کی بینائی خراب ہوجاتی ہے اور عینک کا استعمال ضروری ہوجاتا ہے۔ طول بصر اور سداد البصر کی خاص وجہ امتلاء دموی ہے۔ کبھی طفیلی حیوانات بھی اس التہاب کا باعث ہوتے ہیں۔

علاج متقرح التہاب کا علاج زوردار اور باقاعدہ کرنا چاہیے۔ قشور کو پہلے صابن اور پانی سے دھونا چاہئے اور

اس کے بعد بائی کاربونیٹ آف سوڈا کے گرم محلول سے خوب دھویا جائے اس غرض کے لئے ۲ فیصدی طاقت والا محلول استعمال کریں۔ ایسا کرنے سے یہ قشور نرم ہو کر بآسانی اُتر جاتے ہیں۔ ان کے اُتر جانے کے بعد جفنی حاشیہ پر زرد سیمابی مرہم لگایا جائے۔ ۱۰ فیصدی طاقت والا اکتھیال مرہم بھی لگا سکتے ہیں۔ مرہم کو لگا کر آہستہ آہستہ مل کر جذب کر دینا چاہیے۔ دن میں تین مرتبہ اسی طریقۂ علاج کو استعمال کریں اگر باقاعدگی کے ساتھ علاج کرتے رہیں تو بہت جلد اندمال ہو جاتا ہے مگر بدقسمتی سے عام طور پر اس کو باقاعدہ اور مناسب طریقہ پر انجام نہیں دیا جاتا۔ اسی لئے شفا بھی نہیں ہوتی۔ مرہم لگانے کے متعلق یہ خیال رہے کہ صرف حاشیۂ الجفن پر مرہم کا لگانا کافی نہیں بلکہ ضروری ہے کہ آہستہ آہستہ اس کو مل کر جذب بھی کر دیا جائے اور ۵ منٹ تک مرہم کے ملنے کا عمل جاری رکھا جائے تاکہ حویصلات شعری تک مرہم کا انجذاب ہو جائے زیادہ شدید حالتوں میں جب مذکورۂ بالا علاج ناکام ثابت ہو تو ۵ یا ۲۰ فی صدی طاقت کا پروٹارگول (Protargol) بخوبی حاشیہ جفنی پر ملا جائے یا پہلے حاشیہ جفنی کی سطح کو سوڈا بائی کارب کے محلول سے صاف کرلیں اور اس کے بعد ۲ فیصدی طاقت والا کاشک کا محلول لگا دیں یا جفت قلع الشعر (Epilation forceps) کے ذریعہ جفنی اہداب کو نکال دیں۔

اس کے علاوہ صحت کو بہتر بنانے والی حفظان صحت کی تدابیر کی پابندی کی جائے اگر بینائی کو درست کرنے کے لئے عینک کی ضرورت ہو تو معائنہ کے بعد مناسب عینک دیجائے۔ نسخہ جات کتاب کے آخر میں ملاحظہ ہوں۔

حاشیہ جفنی کے آتشکی قروح
Syphilatic ulcer of the lid margin

ابتدائی قرحہ حاشیہ جفنی پر مل سکتا ہے جس کی ابتدا الملتحمہ سے ہوتی ہے۔ بوسہ لینے یا کسی غریب شے کو زبان کے ذریعہ آنکھ کے اندر سے نکالنے کی وجہ سے آنکھ کے اندر عدوی ہو جاتا ہے۔ عموماً ایسا قرحہ چھوٹا ہوتا ہے جس کے اوپر خفیف خاکستری رطوبت (مواد) لگی ہوتی ہے۔ قرحہ کے قاعدہ میں سختی ہوتی ہے۔ اگر آتشکی قرحہ بیرونی حقیم کے پاس ہو تو "مقدم اذنی غدد لمفاوی" (Pre auricular) حجم میں بڑھ جاتے ہیں اور اگر اندرونی حقیم کے نزدیک ہو تو "غدد تحت الفک" (Sub maxillary) پھول جاتے ہیں جو کہ اس رقبہ کے "لمفاوی عروق" سے وابستہ ہوتے ہیں۔ غدد کا پھولنا۔ درن یا آتشک کی طرف معالج کی توجہ کو مبذول کراتا ہے۔ مگر ایسے تمام مریضوں میں جن کے متعلق کسی قسم کا شک ہو قرحے کو کھرچ کر حلزونہ آتشک کے لئے مواد کا معائنہ اور تفاعل واسرمانیہ کے لئے خون کا

(۱ و ۳) آنکھ میں مرہم لگانے کا طریقہ •

(۲) کیلومل چھڑکنے کا طریقہ •

(۴) دوا ٹپکانے کا طریقہ •

(۵؛۶) التہاب ملتحمہ میں چونہ کی وجہ سے انقباض جفن •

۱　۲



۴　۳

۶　۵





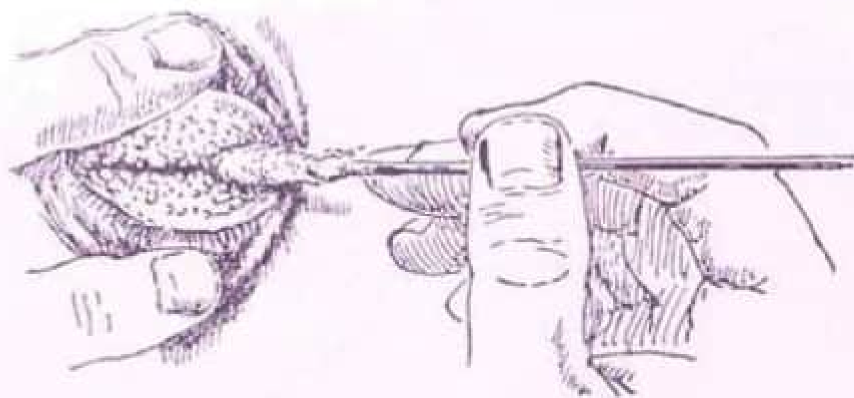
١ ٢



٤ ٣

٦ ٥

(۷)



اجفان کو پلٹ کر دوا لگانا — یا اجفان کو دوا لگا کر ملنا ۔

پلیٹ نمبر ۱

تصویر ۱۰۹ / ن — متعلق صفحہ ۲۳۷ و ۲۴۳ و ۲۵۳ و ۲۵۴ — کتاب العین

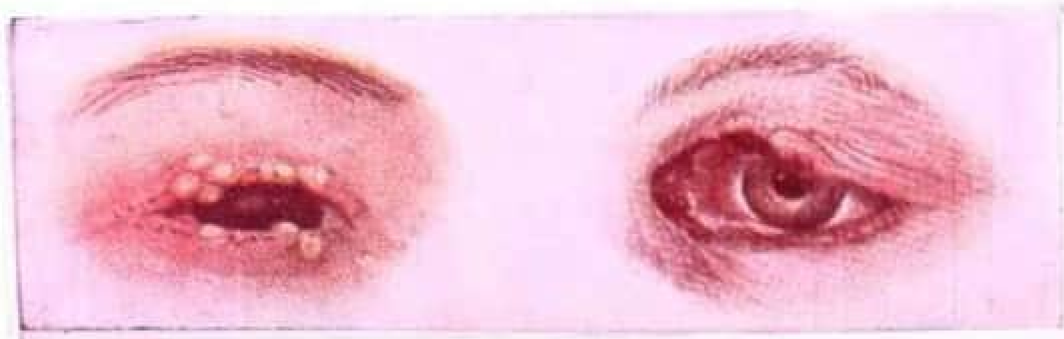
۱



۲ ۳



۴ ۵



(۱) التہاب حاشیۃ الجفن ۔

(۲) گوہا نجنی ۔

(۳) شعیرۃ الجفن ۔

(۴) ہلام متعدیہ ۔

(۵) سرطان اندرونی حتقم کا ۔

امتحان ضرور کرنا چاہیے - اگر لمفاوی غدد کے ماوف ہونے سے پہلے تشخیص ہو سکے تو زخم کو کلی طور پر کاٹ کر صاف کر دیں یا اس کو جلا دیں - بعد کے مدارج میں کیلول کا مرہم لیں - اور عمومی علاج سیمابی مرکبات نیز سالورساں کے ذریعہ فوراً شروع کر دیں۔

بعض اوقات اجفان میں اورام صمغی (Gummata) بھی پیدا ہو جاتے ہیں جن کی وجہ سے اجفان بہت زیادہ دبیز ہو سکتی ہیں - اگر اس قسم کا ورم صرف ایک جگہ ہو تو غلطی سے شعیرۃ الجفن سمجھ لینا ممکن ہے - آتشکی التہابی ظواہر کی وجہ سے غضروف جفنی سخت اور متورم ہو جاتی ہے اور اس کو پلٹا نہیں جا سکتا - مقدم اذنی غدد لمفاوی پھول جاتے ہیں اگر ابتدا رآہستہ آہستہ ہو تو ان میں درد کم ہوتا ہے - بعض اوقات غدد بہت جلد پھولتے ہیں - اور ان میں درد بہت زیادہ ہوتا ہے - اورام صمغی کا علاج کرنے سے شفا بہت جلد حاصل ہوتی ہے - خاص کر جب کہ سیمابی مرکبات کے ساتھ آیوڈائیڈ بھی دیا جائے۔

جفنی جدری البقر
Lid vaccinia

بعض اوقات بچوں کے تازہ ٹیکے سے عدوی حاشیۃ الجفن میں منتقل ہو جاتا ہے اور ایک جفنی کنارے سے دوسرے کنارے میں ساتھ لگے ہونے کی وجہ سے اس کا انتقال بہت جلد ہو سکتا ہے - عموماً یہ ثبور بیرونی حجیم کے نزدیک ہوتے ہیں - مقدم اذنی لمفاوی غدد پھول جاتے ہیں اور ان میں درد ہوتا ہے - مریض سے پورے حالات سننے کے بعد آسانی سے اس کا فیصلہ کیا جا سکتا ہے - اجفان کے جدری البقر کا ظہور چیچک کے خلاف ٹیکہ لگوانے سے ہوتا ہے - ٹیکے سے یا دوسرے لوگوں سے اس کا عدوی اجفان تک پہونچتا ہے - ذاتی طریقہ پر بھی اس کا عدوی ہو جاتا ہے - طبعی تندرست اور ایکزیموی دونوں جلدوں پر رونما ہوتا ہے اور زیادہ تر اجفان کے حاشیہ پر ہوتا ہے خناق وبائی سے بہت مشابہت رکھتا ہے کبھی حاشیہ جفنی سے ہٹ کر جلد پر بھی پیدا ہوتا ہے اور اس جگہ صدیدی بثرہ کی صورت اختیار کرتا ہے - اس کی وجہ سے جفن متورم ہو جاتی ہے - ملتحمہ میں بھی ورم پیدا ہو جاتا ہے اور جلد کا رنگ نیلگوں سرخ ہوتا ہے ۸ سے ۱۰ دن کے اندر حالت بہتر ہو جاتی ہے لیکن جب اس کے ساتھ قرنوی قروح پیدا ہو جائیں تو دوسری خرابیاں بھی پیدا ہو جاتی ہیں جن کو آئندہ بیان کیا جائے گا - جفنی جدری البقر کی تشخیص قروح متصلبہ اور قروح خناق وبائی سے ضروری ہے۔

جفنی غدد کا التہاب

Inflammation of the glands of the lids

گوہانجنی
Hordeolum-stye

گوہانجنی غدد زائیس کا صدیدی التہاب ہے۔ ابتدا میں غدد پھول جاتے ہیں۔ سخت ہو جاتے ہیں اور ان میں بہت درد ہوتا ہے اور بعض اوقات جفنی سرا سب کا سب متورم ہو جاتا ہے۔ خراج بننے کے بعد کسی ایک بال کی جڑ میں اس کا منہ بنتا ہے۔ جہاں سے پیپ خارج ہو جاتی ہے۔ جب تک پیپ نہ خارج ہو۔ درد بہت زیادہ ہوتا رہتا ہے۔ یکے بعد دیگرے بہت سی گوہانجنیاں نکلتی ہیں اس کے ساتھ گردن پر دنبل بھی نکل آتے ہیں۔ کبھی کبھی شب چراغ (Carbuncles) یا ثبورات پیدا ہو جاتے ہیں۔ گوہانجنی کا نکلنا اس امر کی دلیل ہے کہ جسم کی قوت مدافعت کردیات عنقودیہ (Staphylococci) کے لئے کم ہو گئی ہے عموماً یہ کم عمر بچوں میں ہوتی ہے۔ بعض زیادہ عمر والے اشخاص بھی اس میں مبتلا ہوتے ہیں۔ ایسا اس وقت خصوصیت کے ساتھ ہوتا ہے جب کہ ان کی عام جسمانی حالت کمزور ہو گئی ہو۔ بعض حالتوں میں گھر کے اندر کی خراب نالیوں کے ابخرات کی وجہ سے جب کہ ان سے گندے پانی کی نکاسی نہ ہو تو یہ پھنسیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔

علاج

ابتدا میں گرم تکمیدات سے کام لیا جائے۔ سوڈا بائیکارب کا ضماد لگایا جائے۔ مگر جب خراج بن جائے تو اس مقام کا بال نکال دینے سے اس کے اندر کی پیپ خارج ہو جاتی ہے۔ زیادہ بہتر یہ ہے کہ باریک نشتر سے شگاف دے کر پیپ کو خارج کر دیا جائے۔ یہ یاد رہے کہ شگاف دینے سے اس حالت میں بہت درد ہوتا ہے شگاف دینے کے بعد پیپ کو خارج کر کے خوب گرم بورک لوشن کی پٹی لگا کر اوپر سے باندھ دیں۔ اگر یکے بعد دیگرے اور گوہانجنیاں پیدا ہوں تو عام جسمانی صحت کو بہتر بنانے کی کوشش کی جائے جب ان کے ساتھ دنبل وغیرہ ظاہر ہوں تو پیشاب کا معائنہ کیا جائے۔ اور خصوصیت کے ساتھ جوان مریضوں کے پیشاب میں دیکھا جائے کہ شکر انگوری کا اخراج تو نہیں ہو رہا۔ گھر کی نالیوں وغیرہ کے متعلق تفتیش کی جائے۔ بعض حالتوں میں کیلسیم سلفائڈ (Calxsulphurata) $\frac{1}{4}$ گرین سے ایک گرین تک مفید ثابت ہوتا ہے۔ خراب حالتوں میں جراثیم عنقودیہ کی ویکسین بنا کر استعمال کریں۔ یہ ویکسین ذاتی جراثیم سے (Autogenous) تیار کی جائے قبض نہ ہونے دیا جائے۔ خصوصیت کے ساتھ لوہے کے مرکبات اور مقویات کا استعمال

رکھا جائے۔ کولائیڈل کیلسیم کے انجکشن دئے جائیں اور اوسٹیولین سیال (Ostelin) کے دو قطرے صبح دو دو قطرے شام دو قطرے دوپہر کو شکر پر ڈال کر دئے جائیں۔

اندرونی گوہانجنی
Hordeolum internum

یہ بہت کمیاب ہے۔ یہ دراصل مائی بومین غدد کا صدیدی التہاب ہے۔ جو بعض اوقات گوہانجنی سے ثانوی عدوی کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ مذکورہ بالا حالت سے زیادہ تکلیف دہ ہوتا ہے۔ کیوں کہ یہ غدد بڑے اور سخت ساختوں میں دبے ہوتے ہیں۔ اگر ان کے اندر پیپ پیدا ہو جائے تو اجفان کو الٹنے سے چمکتا ہوا زرد نقطہ دکھائی دیتا ہے۔ پیپ غدد کے قناۃ سے یا ملتحمہ میں سوراخ کر کے باہر خارج ہوتی ہے۔

(علاج)

اس کا علاج بھی وہی ہے جو ماقبل کی حالت کا بیان کیا جا چکا۔ آنکھ میں پہلے کوکین لوشن ڈال کر ملتحمہ کی تخدیر کریں۔ پھر جفن کو پلٹ کر ٹھیک اسی جگہ جہاں پر پیپ ہو شگاف دے دیں اور پیپ کو خارج کر دیں نسخہ جات کتاب کے آخر میں ملاحظہ ہوں۔

کیس غضروف جفنی ——— (Tarsal cyst) ——— کیس

شعیرۃ الجفن
Chalazion

مائی بومین غدد (Meibomian cyst) مائی بومین غدد کا مزمن التہاب ہے اس التہاب میں غدد کے اندر کی اصلی بافتوں کی جگہ انگوری ساخت بن جاتی ہے جس میں خلیات عظمیہ پائے جاتے ہیں۔ ہمارے خیال میں یہ التہاب ورنی نہیں ہے بلکہ کسی کم سمیت والے جراثیم کی وجہ سے رونما ہوتا ہے جن سے یہ غدد پھول جاتے ہیں اور نہایت آہستہ آہستہ حجم میں بڑھتے ہیں التہابی علامتیں بالکل نہیں ظاہر ہوتیں۔ مریض کسی تکلیف کی وجہ سے نہیں بلکہ صرف اس لئے معالج کے پاس آتا ہے کہ بد وضعی دور ہو جائے۔ اگر شعیرۃ الجفن چھوٹے ہوں تو دکھائی نہیں دیتے مگر اجفان پر انگلی پھیرنے سے صاف معلوم ہوتے ہیں۔ جفن کو پلٹ کر دیکھیں تو ماؤف مقام کا ملتحمہ سرخ یا ارغوانی دکھائی دیتا ہے۔ شاذ و نادر عدوی شامل ہونے کی صورت میں زرد نظر آتا ہے۔ اگر رنگ خاکستری ہو تو اس کے یہ معنی ہیں کہ انگوری ساخت میں فساد

پیدا ہو گیا ہے۔ انگوری ساخت میں کسی حالت میں زیادہ عروق نہیں پائے جاتے اور آخری درجات میں تو عروق بالکل غائب ہو جاتے ہیں جس کی وجہ سے نسیجوں کا تغذیہ خراب ہو جاتا ہے اور وہ جیلی نما مواد میں تبدیل ہو جاتی ہیں۔ ہمارے خیال میں اس حالت میں اس کو کیس کہنا زیادہ بہتر ہے۔

خود بخود کلی اندمال شاذ و نادر ہی ہوتا ہے۔ کبھی یہ مواد ملتحمہ سے باہر نکل پڑتا ہے اور رطوبت کا اخراج ہوتا رہتا ہے۔ بعض حالتوں میں انگوری ساخت صرف غدد کی قناۃ میں پیدا ہوتی ہے اور یہاں سے باہر کی طرف نیم شفاف خاکستری سرخ رنگ کے عقد کی صورت میں حاشیۂ جفنی پر نکلتی ہوئی دکھائی دیتی ہے۔ کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ ایک وقت میں متعدد شعیرۃ الجفن نکل آتے ہیں اور کبھی یکے بعد دیگرے بہت سے ظاہر ہوتے ہیں۔ جوانوں میں بچوں کے اعتبار سے زیادہ پائے جاتے ہیں۔

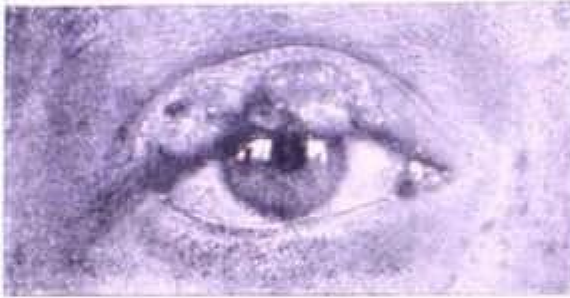
علاج بہت چھوٹے شعیرۃ الجفن کو ویسے ہی چھوڑ دینا چاہیے کیونکہ معمولی تدابیر سے ان کو قابل اطمینان طریقہ پر خالی کرنا بہت مشکل ہوتا ہے۔ بڑے شعیرہ کو البتہ شگاف دے کر خوب صاف کر دینا چاہیے۔ سب سے پہلے آنکھ میں ۴ فیصدی طاقت والا کوکین کا محلول ڈالیں جب تخدیر کامل ہو جائے تو جفن کو پلٹ کر شعیرۃ الجفن کا مقام نہایت غور کے ساتھ دیکھیں۔ جہاں پر ملتحمہ کا رنگ بہت زیادہ گہرا اور خراب معلوم ہو وہاں پر کوکین کی دو یا تین قلمیں رکھ دیں تاکہ وہ گھل جائیں۔ اس کے بعد عمودی شگاف اس کے اندر دیں اور نیم سیال مواد کو کھرچ کر پوری طرح صاف کر دیں۔ خون بہت جلد بند ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات پٹی لگانے کی بھی ضرورت نہیں پڑتی۔ تاہم مناسب ہے کہ خوب گرم بورک لوشن میں مطہر روئی بھگو کر اس کو خوب نچوڑ کر آنکھ پر رکھیں اور اوپر سے مطہر روئی رکھ کر پٹی باندھ دیں۔ پھر چوبیس گھنٹے کے بعد کھولیں۔ مریض کو سمجھا دینا چاہیے کہ آپریشن کے باوجود اس مقام پر چند دنوں تک ورم باقی رہے گا۔ اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ شعیرۃ الجفن کے چاروں طرف سخت غلاف ایسا بن جاتا ہے جس میں آپریشن کے بعد خون بھر جاتا ہے اور وہ رفتہ رفتہ جذب ہوتا ہے۔ اگر اس کو اچھی طرح نہ کھرچا جائے تو سوراخ میں سے انگوری ساخت باہر کو نکل آتی ہے اگر ایسا ہو تو اس کو قینچی سے کاٹ دینا چاہیے اور جوف کو ایک مرتبہ اور کھرچ دینا چاہیے۔ مگر اس کے قبل یہ ضروری ہے کہ کوکین کے محلول سے کامل تخدیر پیدا کر دیں۔

حکیم عینی کے نزدیک خصوصیت کے ساتھ سخت قسم کے شعیرۃ الجفن پائے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ ان غدد کے

(۲)



(۱)





(۴)



(۳)



(۵)

(۱) بالائی جفن پر آتشک کے ثانوی درجہ کے آبلے و قروح ۔

(۲) ورم صمغی متقرح ۔

(۳) شعر منقلب کی وجہ سے آنکھ بالکل خراب ہو چکی ہے اور قرنیہ سفید ہو گیا ہے ۔

(۴) دونوں طرف جانبی عضلات کا استرخاء جس میں اندرونی عضلات مستقیمہ میں بہت زیادہ انقباضی حالت موجود ہے ۔

(۵) بیرونی التواء جفنی ۔

صادق غیر خبیثہ سلعات (Adenomata) ہوں۔ اس لئے ان کو کھرچ کر صاف کرنا ممکن ہوتا ہے۔

اگر حاشیۃ الجفن کے شعیرہ جفنی کا مناسب علاج نہ کیا جائے تو غدد کے منہ پر انگوری ساخت باہر کو نکل کر خاکستری سخت قسم کی لیفی ساخت میں تبدیل ہو جاتی ہے۔ اس کو علیحدہ کرنا مشکل ہوتا ہے اور اس کے الگ کرنے کے بعد جفنی کنارے میں بے قاعدگی پیدا ہو جاتی ہے جس کی وجہ سے بدوضعی رونما ہو جاتی ہے۔

جفنی بدوضعیاں

شعر منقلب Trichiasis

اس حالت میں پلکوں کے بال اندر اور پیچھے کی طرف کو مڑ کر قرنیہ کے اوپر رگڑ کھاتے ہیں جن کی وجہ سے قرنیہ کے اندر خراش پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ حالت چند بالوں میں بھی ہو سکتی ہے اور التواء جفنی کی صورت میں تمام پلک کے بال ایسی صورت اختیار کر سکتے ہیں۔ خلقی شعر زائد (Congenital distichiasis) کی حالت میں بھی یہی صورت پیدا ہوتی ہے۔

مذکورہ صورت میں مرضی علامتیں یہ ہوتی ہیں کہ مریض ہر وقت آنکھ میں کسی شے غریب کی موجودگی کا احساس کرتا ہے جس کی وجہ سے خراش۔ درد۔ احتقان ملتحمی۔ انعکاسی انقباض جفنی اور آنکھوں سے پانی کا بہنا قائم رہتا ہے۔ قرنیہ میں سطحی سفیدی اور عروق پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہی وجہ ہوتی ہے کہ بار بار قرنوی قروح بھی پیدا ہوتے رہتے ہیں۔

التواء جفنی پیدا کرنے والی تمام حالتیں شعر منقلب پیدا کر سکتی ہیں۔ جیسا کہ پرانے روہے یا کگرے کی صورت میں دیکھا جاتا ہے۔ اس کا سب سے زیادہ اور عام سبب التواء جفنی ہے جو عضلی انقباض کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے حاشیۃ الجفن کے التہاب یا چوٹ وغیرہ سے پیدا ہونے والی لیفی ندبی ساخت۔ احتراق۔ خناق وبائی کے قروح۔ اور عمل جرحی کے بعد نتیجے کے طور پر یہ حالت پیدا ہو سکتی ہے۔

علاج اگر پلکوں کے بال کہیں کہیں انفرادی طور پر اندر کی طرف منقلب ہوں تو ان کو گاہے گاہے نکالتے رہیں۔ یا بجلی کی رو کے ذریعہ حویصلات شعری کو جلا دینے کے بعد بالوں کو نکال دیں۔ اگر ایک مرتبہ ایسا کیا جائے تو دوبارہ اس عمل کی ضرورت نہیں پڑتی۔ اس عمل کے انجام دینے میں قطب مثبت کو صدغی جلد پر لگا دیں اور قطب منفی کو جو ایک باریک تیز سوئی ہوتی ہے۔ حویصلہ شعری میں داخل کر دیں۔ اس کے بعد ۲ ملی ایمپیر (Milliamperes) رو کا

استعمال کریں - ایسا کرنے سے جو لیصلہ شعری برباد ہو جائے گا۔ بال آسانی سے نکل جائیں گے اور آئندہ پھر نہ اگیں گے

برقی رو کا منفی قطب پہچاننے کے لئے طریقہ یہ ہے کہ دونوں سروں کو نمکین سیال میں رکھیں تو منفی قطب کے اندر سے ہائیڈروجن (Hydrogen) کے بلبلے نکلنے شروع ہوں گے۔ رو کی طاقت گیس کے نکلنے کی رفتار پر منحصر ہو گی

مگر یاد رکھیں کہ یہ جرحی عمل بہت تکلیف دہ ہوتا ہے کیوں کہ اس میں درد بہت شدید ہوتا ہے۔ درد کو کم کرنے کے لئے

حاشیہ اجفن میں نووکین (Novocain) کا محلول تلقیح کریں۔ اگر رو مناسب طاقت کی ہو تو داخلہ کے مقام پر گیس

پیدا ہونے کی وجہ سے جھاگ پیدا ہوتا ہے۔ اگر بہت زیادہ بال منقلب ہوں تو عمل جراحی مناسب ہے۔ چونکہ اس کا عمل

جرحی اور التوار جفنی کے لئے جو جرحی عمل کیا جاتا ہے یہ دونوں تقریباً یکساں ہیں۔ اس لئے التوار جفنی کے عمل

جرحی کے ساتھ اس کو بھی بیان کیا جائے گا۔

اندرونی التوار جفنی

Entropion

اندرونی التوار جفنی کی دو صورتیں پائی جاتی ہیں۔ جن کو ذیل میں بیان کیا جاتا ہے۔

(۱) وہ التوار جفنی جو انقباض عضلی کی وجہ سے (Spastic entropion) پیدا ہوتا ہے۔

(۲) وہ التوار جفنی جو لیفی ندبی ساخت کے پیدا ہونے اور سکڑنے کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے اس کو (Cicatricial entropion) کہتے ہیں۔

پہلی صورت التوار جفنی کی عضلۂ محیط جفنی کے انقباض سے پیدا ہوتی ہے۔ مدور الیاف کے انقباض سے نہ صرف اجفان کے کنارے ایک دوسرے کے نزدیک آجاتے ہیں بلکہ ان کا التوار بھی رونما ہو جاتا ہے۔ یہ التوار بیرونی اور اندرونی بھی ہو سکتا ہے۔ حقیقتاً اس کا انحصار اس سہارے پر ہے جو مقلہ عین اور مجری نسیجوں سے اجفان کو دستیاب ہوتا ہے اگر یہ سہارا کم ہو تو اندرونی التوار پیدا ہوتا ہے جن حالتوں میں آنکھیں نکلی ہوں ان میں یہ حالت بہت اچھی طرح ظاہر ہوتی ہے۔ اسی طرح جب آنکھ اندر کو دھنسی ہوئی ہو یعنی جب مجری شحمی نسیجوں کی کمی ہو۔ خصوصاً جب کہ جلد جفنی بھی معمول سے زائد ہو تو بھی یہ حالت زیادہ نمایاں نظر آتی ہے اور سن رسیدہ اشخاص میں خاص طور پر زیادہ پائی جاتی ہے۔ اسی لئے ان میں انقباضی التوار جفنی عام طور پر ملتا ہے۔

بعض اوقات کس کر پٹی باندھنے سے بھی یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے فتحۃ العین کا چھوٹا ہونا اس کے لئے ممد ہوتا ہے

انقباضی التواء جفنی عموماً زیرین جفن کے ساتھ مختص ہوتا ہے۔

دوسری صورت ملتحمی ندبی ساخت کے سکڑنے سے پیدا ہوتی ہے۔ اور روہوں کی صورت میں اس کی شدید حالت کے ساتھ غضروف جفنی کا بھی التواء پایا جاتا ہے۔

علاج اندرونی انقباضی التواء جفنی " اگر کس کر پٹی باندھنے کی وجہ سے پیدا ہوا ہو تو پٹی کو کھول دینے سے یہ حالت درست ہو جاتی ہے اور اگر مقلۃ العین کے اخراج کے بعد رونما ہوئی ہو تو مصنوعی آنکھ لگانے کے بعد یہ حالت درست ہو جاتی ہے۔ انقباضی طور پر اگر سن رسیدہ اشخاص میں پائی جائے تو اس کا عارضی علاج یہ ہے کہ لنٹ کے ایک ٹکڑے کو لپیٹ کر مجری کنا لیے کے ذرا اوپر رکھ دیں اور اس پر پٹی باندھ دیں یا جفن کو باہر کی طرف کھینچ کر حاشیہ جفنی سے ذرا دور کی جلد پر کلوڈین لگا دیں۔ اور خشک کر کے جفن کو چھوڑ دیں یا چپکنے والا پلستر لگا کر اس کے دوسرے سرے کو اس قدر کھینچ کر نیچے رخسار کی جلد پر چپکا دیں کہ بدوضعی رفع ہو جائے۔ اس کا مستقل علاج عمل جرحی کے ذریعہ ممکن ہے جس کو جرحی اعمال کے سلسلہ میں ملاحظہ فرمائیں۔

بیرونی التواء جفنی
Ectropion

باہر کی طرف کو جفن کا لوٹ آنا بہت سی حالتوں میں ہوا کرتا ہے جن کو ذیل میں بیان کیا جاتا ہے۔

(۱) انقباضی (Spastic) (۲) ندبی ساخت کے سکڑنے کی وجہ سے۔

(Cicatricial) (۳) شیخوخی (Senile) (۴) استرخائی (Parlytic)

علامات ۔ آنکھوں سے پانی بہتا ہے اور ملتحمہ کے کھلا رہنے کی وجہ سے مزمن التہاب ملتحمہ لاحق ہو جاتا ہے۔ اگر مرض شدید ہو تو فتحۃ العین کے پورا بند نہ ہونے کی وجہ سے قرنیہ خشک ہو جاتا ہے اور اس میں قروح پڑ جاتے ہیں۔

بیرونی انقباضی التواء جفنی ۔ جفنی انقباض کا نتیجہ ہوتا ہے۔ جب کہ اجفان کو مقلۃ العین کا کافی سہارا نہ ملے۔ اور وہ زیادہ بڑی۔ ڈھیلی اور ان کے اوپر کی جلد فاضل نہ ہو تو بہت جلد یہ صورت پیدا ہو جاتی ہے۔ بچوں اور جوانوں میں سے ہر ایک میں یہ حالت پیدا ہو سکتی ہے۔ التہاب ملتحمہ بثری میں خاص طریقہ پر اس کا ذکر کیا گیا ہے اگر یہ بیرونی التواء آلی وجوہ سے پیدا ہوا ہو تو ملتحمہ بہت زیادہ دبیز ہو جاتا ہے۔ جیسا کہ عموماً صدیدی التہاب ملتحمہ اور روہوں کی حالت میں دیکھا جاتا ہے۔ روہوں کی حالت میں غضروف جفنی بھی ٹیڑھی ہوتی ہے۔ ندبی ساخت کے سکڑنے

کی وجہ سے جو بیرونی التوا جفنی پیدا ہوتا ہے اس کے وجوہ مندرجہ ذیل ہوتے ہیں۔

(۱) چوٹ لگنا (۲) احتراق (۳) قروح (۴) خانفزانا (۵) عمل جرحی کے بعد (۶) مجری عظام کے نکروز کے بعد۔ اور مزمن التہاب ملتحمہ۔ نیز التہاب حاشیہ جفنی کے بعد بھی یہ کیفیت پیدا ہوتی ہے کیوں کہ جلد کے تر رہنے کی وجہ سے اکزیما پیدا ہوتا ہے اور بالآخر جلد کے سکڑنے کے بعد بیرونی التوار رونما ہوتا ہے۔

شیخوخی بیرونی التوا جفنی۔ صرف زیرین جفن میں ہوتا ہے۔ بافتوں کا ڈھیلا پڑجانا اور عضلہ قابضۃ الجفن کے اندر فساد کا پیدا ہونا اس کا باعث ہوتا ہے۔ آنکھ سے پانی بہنے اور ملتحمہ میں التہاب رہنے کی وجہ سے یہ حالت اور بھی خراب ہو جاتی ہے۔

استرخائی التوا جفنی۔ عضلہ محیط جفنی کے استرخار کی وجہ سے اجفان ڈھیلی پڑجاتی ہیں اور بیرونی التوار ظاہر ہوجاتا ہے۔ ایسی صورت میں صرف زیرین اجفان میں التوار پیدا ہوتا ہے کیونکہ بالائی اجفان اپنے ثقل کی وجہ سے بھی نیچے کو لٹکی رہتی ہیں۔ اس لئے ان کے اندر التوا نہیں پیدا ہوتا۔

علاج بیرونی انقباضی التوا جفنی۔ میں کوئی جرحی عمل کام نہیں دیتا۔ بلکہ مناسب پٹی لگادینے سے بشرطیکہ اور کوئی مانع نہ ہو حالت درست ہوجاتی ہے۔ استرخائی التوار میں بھی پٹی لگانا چاہئے مگر اس میں اس وقت تک فائدہ نہیں ہوتا جب تک کہ اعصاب کی طاقت دوبارہ نہ عود کر آئے۔ شیخوخی التوار کی معمولی حالت میں عمل جرحی سے فائدہ ہوتا ہے لیکن آنکھ سے پانی بہنے کا علاج صرف یہ ہوگا کہ قناۃ دمعی کو شگاف دے کر کھول دیا جائے۔ ان تدابیر کے علاوہ یہ ضروری ہے کہ مریض کو ہدایت کردیں کہ وہ آنسوؤں کو پوچھنے میں آنکھ کو نیچے کی طرف نہ کھینچے۔ مذکورہ حالت کے واسطے متعدد قسم کے اعمال جرحی بتائے گئے ہیں لیکن ہم صرف سادہ عمل جرحی کو جرحی عملیات کے سلسلہ میں بیان کریں گے۔

التصاق ملتحمہ جفنی و ملتحمہ مقلی
Symble pharon

اس التصاق کی وجہ سے مقلہ عین کے ساتھ اجفان ملتصق ہوجاتی ہیں۔ دو غشائی سطحوں پر زخم پیدا کرنے والی تمام حالتیں بشرطیکہ اندمال کے زمانے میں دونوں غشائی سطحیں آپس میں ملی رہیں۔ التصاق پیدا کردیتی ہیں اجزاء گرمی یا دواؤں نیز خناق وبائی کی وجہ سے قروح پیدا ہوجاتے ہیں۔ اعمال جرحیہ اور التصاقی مقامات

میں لیفی ساخت کی پیدائش ۔ یہ سب التصاق کے اسباب ہیں ۔ اگر قرنیہ کے اوپر قروح ہوں اور ان میں مذکورہ حالت پیدا ہو جائے تو قرنیہ بھی ماؤف ہو سکتا ہے ۔ لیفی ندبی ساخت کے ریشے کافی چوڑے اور ملتحمی طاق تک پھیلے ہوتے ہیں ان کی وجہ سے گویا جفن کا بہت بڑا حصہ مقلۂ عین سے ملتصق ہو جاتا ہے ۔ اس حالت کو موخر التصاق جفنی و مقلی یعنی (Symblepharon posterior) اور اگر لیفی ساخت کے یہ ریشے سامنے کے حصے میں ہوں تو ان کی وجہ سے جو التصاق پیدا ہوتا ہے اس کو مقدم التصاق جفنی و مقلی (Symblepharon anterior) کہتے ہیں ۔ التصاقی حالت کلی بھی ہو سکتی ہے ۔ جس میں ساری کی ساری جفن مقلۂ عین سے ملتصق ہو جاتی ہے اور ایسی تکلیف دہ بھی ہو سکتی ہے کہ آنکھ بالکل بند ہی نہ ہو ۔ اگر اس حد تک نوبت پہونچ جائے تو دوسری تکالیف کے پیدا ہو جانے سے آنکھ کے تباہ ہو جانے کا خطرہ ہوتا ہے ۔

علاج ۔ حفظ ماتقدم کی تدابیر پر عمل درآمد ضروری ہے ۔ اگر یہ حالت پیدا ہو جائے تو جرحی عمل کو کام میں لایا جائے مقدم جفنی و مقلی التصاق کا علاج آسان ہے یعنی ملتصق ساختوں کو کاٹ دیا جائے اور دوبارہ التصاق کو پیدا ہونے سے روکا جائے ۔

اگر یہ لیفی ریشے چوڑے ہوں اور موخر التصاق جفنی و مقلی موجود ہو تو جفن کو مقلۂ عین سے الگ کرنے میں مشکل پیش آتی ہے ۔ جن کو علحدہ کرنے میں اس امر کا خیال بہت ضروری ہے کہ کہیں آنکھ کے اندر سوراخ نہ ہو جائے ۔ ایک مرتبہ التصاق کو الگ کر دینے کے بعد دوبارہ اس کے پیدا ہونے کو روکنا ایک مشکل امر ہے جس کی ترکیب صرف یہ ہے کہ دونوں سطحوں پر غشائی ترقیع کر دی جائے اس مقصد کے لئے خرگوش یا مینڈک کی غشاء مخاطی بھی مناسب ہے ۔

التصاق اشفار الاجفان
Ankyloblepharon

دونوں جفنی کناروں کے التصاق کو التصاق اشفار الاجفان کہتے ہیں ۔ یہ خلقی طور پر یا احتراق کے بعد نتیجتاً پیدا ہوتا ہے ۔ جزئی اور کلی اس کی دونوں حالتیں پائی جاسکتی ہیں کبھی اس کے ساتھ جفنی و مقلی التصاق موجود ہوتا ہے ۔

علاج ۔ اس کے علاج کا انحصار جفنی و مقلی التصاق کی وسعت پر ہے ۔ اگر جفنی و مقلی التصاق بہت زیادہ ہو تو جرحی عمل نہیں ہو سکتا ۔ دوسری صورتوں میں علاج یہ ہے کہ جفنی کناروں کو الگ کر کے ان کو ایک دوسرے سے الگ رکھا جائے اور ساتھ نہ ملنے دیا جائے ۔ اگر جفنی کناروں تک التصاق پہونچ چکا ہو تو اس مقام پر آپریشن کے بعد عمل ترقیع کرنا ضروری ہے ورنہ دوبارہ پہلی حالت عود کر آئے گی ۔

ضیق العین
(Blepharophimosis

ضیق العین ۔ آنکھ کی وہ حالت ہے جس میں فتحۃ العین بیرونی حقیم پر سکڑا ہوا معلوم ہوتا ہے حقیقتاً یہ حقیم فی نفسہٖ طبعی حالت میں ہوتا ہے ۔ مگر اس جگہ جلدی جھنٹ پائی جاتی ہے جس کی وجہ سے بیرونی حقیم نمایاں نہیں ہوتا ۔ یہ جلدی جھنٹ اس مقام پر عرصہ تک اکزیما کے رہنے کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے ۔ آنکھ سے پانی بہتا ہے اور مدت تک انقباض جفنی کے قائم رہنے کی وجہ سے اس مقام پر جلد سکڑ کر جھنٹ کی صورت اختیار کر لیتی ہے ۔ کبھی فتحۃ العین کے چھوٹا ہونے پر بھی ضیق العین کا اطلاق کیا جاتا ہے ۔ فتحۃ العین کی یہ حالت خلقی بھی ہو سکتی ہے ۔

علاج ۔ بسا اوقات اس کے علاج کی مطلقاً ضرورت نہیں ہوتی کیونکہ التہاب کے غائب ہونے کے بعد ضیق کی حالت بھی جاتی رہتی ہے اور کبھی علاج کی ضرورت ہوتی ہے اور عمل جراحی کرنا پڑتا ہے ۔

عدم اغماض عین
Lagophthalmia

عدم اغماض عین وہ حالت ہے جس میں آنکھ بند کرنے پر فتحۃ العین پوری طرح بند نہیں ہوتا اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ ندبی ساخت کے سکڑنے سے یا خلقی بدوضعی کی وجہ سے اجفان چھوٹی ہو جاتی ہیں ۔ بیرونی التواء جفنی ۔ عضلۂ قابض جفن کے استرخاء جحوظ العین اور مجری سلعات کی وجہ سے بھی یہ حالت پیدا ہو سکتی ہے ۔ یا فتوں کے ڈھیلا پڑنے اور انعکاسی رد عمل کے غائب ہونے سے بھی یہ حالت پائی جاتی ہے جیسا کہ سکرات موت کے وقت دیکھا گیا ہے ۔ آنکھ کے کھلا رہنے سے قرنیہ میں یبس لاحق ہوتا ہے یا قرنیہ میں التہاب پیدا ہو جاتا ہے (اس کا علاج التہاب قرنیہ کے ماتحت بیان کیا جائے گا)

استرخاء جفن اعلیٰ
Ptosis

جفن اعلیٰ کی استرخائی حالت کا نام ہے جس میں بالائی جفن نیچے کو گری ہوئی معلوم ہوتی ہے عضلۂ رافعۃ الجفن علیا کے استرخاء یا اس عضلہ کی تکوینی خرابی کے علاوہ جفن کے موٹا اور بھاری ہونے سے بھی یہ کیفیت پیدا ہو جاتی ہے اس کی جزئی اور کلی دونوں حالتیں ہو سکتی ہیں اور ایک یا دونوں طرف پائی جا سکتی ہیں ۔ بہت زیادہ نمایاں حالت میں جفن نیچے کو گرتی ہے جس کی وجہ سے حدقۂ عین آدھا یا بالکل بند ہو جاتا ہے اور بصارت میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے مریض اس خیال سے کہ وہ آنکھ سے کچھ دیکھ سکے اپنی پیشانی کے عضلات کو سکیڑ لیتا ہے اور آنکھ کے عضلۂ مستقیمہ سفلیہ کو نیچے گراتا ہے ۔ اگر استرخاء جزئی حالت میں ہو تو اس طرح کرنے سے درست ہو جاتا ہے یہ حالت زیادہ نمایاں اور ظاہر اس وقت ہوتی ہے جب کہ مریض سے اوپر کی طرف دیکھنے کو کہا جائے ۔

اور اس کی حاجبیں (بھوؤں) کو اپنی جگہ پر قائم رکھا جائے۔ جفنی استرخا خلقی کے علاوہ اکتسابی بھی ہوتا ہے۔
خلقی استرخا جفن اعلیٰ کی وجہ یہ ہے کہ عضلہ رافعۃ الجفن علیا کی مکمل نشو ونما نہیں ہوئی ہوتی۔ خلقی استرخا دونوں طرف
پایا جاتا ہے اور موروثی ہوتا ہے اس کی موجودگی میں اوپر کی طرف آنکھ کی حرکات میں کمی آجاتی ہو کیونکہ عضلہ
رافعۃ الجفن علیا کا وہ حصہ جو طاق میں مدغم ہوتا ہے۔ مفقود ہوتا ہو اور ظاہری طور پر اس کے ساتھ عضلہ مستقیمہ
علیا کے اعصاب میں خرابی پائی جاتی ہے۔

اکتسابی استرخا جفنی ایک طرف پایا جاتا ہے۔ عصب ثالث کے استرخا کی وجہ سے یہ حالت دوسری علامات
کے ساتھ ظاہر ہوتی ہے۔ ایک آنکھ کی جفن اعلیٰ کا استرخا، دماغی مرکز عصب ثالث میں مرض کی موجودگی سے کسر العظام
یا کسی قسم کے ضرب وصدمہ سے جب عضلی الیاف یا اُن کے اعصاب کو صدمہ پہونچ جائے تو اس وقت پیدا ہوجاتا ہے۔
رمد جبیی (روہے) میں اجفان کے بھاری ہوکر گر پڑنے سے یا سلعات کی موجودگی یا ضمور عین میں جب مقلۂ عین
غائب ہو تو اجفان کو سہارا نہ ملنے کی وجہ سے یہ حالت پیدا ہو سکتی ہے۔

جفن اعلیٰ کی استرخائی حالت مقلۂ عین کی وضع کے ساتھ بدل سکتی ہے۔ جب باہر کی طرف آنکھ دیکھ رہی ہو
تو اس وقت یہ حالت بہت زیادہ نمایاں اور جب اندر کی طرف دیکھ رہی ہو تو اس وقت بہت ہی خفیف پائی جاتی ہے
خلقی اور اکتسابی دونوں حالتوں میں جب جبڑے کو ایک ساتھ ملائیں تو جفن اوپر کو اٹھتی ہے جیسا کہ منہ میں لقمہ چباتے
وقت ہوتا ہے مگر اوپر کی طرف دیکھنے میں جفن بالکل حرکت نہیں کرتی۔ اس کی یہ حرکت شرکی ہوتی ہے۔

علاج

عصب ثالث کے استرخا کی حالت میں سبب کو رفع کرنے کی کوشش کی جائے۔ چونکہ آتشکی حالتوں
میں یہ عصب بہت عمومیت کے ساتھ ماؤف ہوتا ہے اس لئے آتشکی حالت کا مناسب علاج بعض اوقات
مفید ثابت ہوتا ہے۔ ناممکن العلاج استرخا، یا خلقی یا آنی استرخا میں صرف عمل جرحی مفید ہوتا ہے۔ کلی استرخا میں عمل
جرحی کچھ کام نہیں دیتا کیونکہ اس میں باہر کی طرف کو آنکھ کا محور ہٹا ہوا ہوتا ہے۔ اگر جفن کو اونچا کیا جائے تو مریض کو ہر چیز
دو دکھائی دیتی ہو اور اگر عمل جرحی کے ساتھ اندرونی عضلۂ مستقیمہ کو چھوٹا کر دیا جائے تو یہ زوجی بینائی (Diplopia) کم
ہوجاتی ہو مگر یہ حالت اطمینان بخش نہیں ہوتی۔ جرحی اعمال سے استرخائی حالت بہتر ہوجاتی ہو مگر مستقل فائدہ نہیں ہوتا جس کی
وجہ یہ ہے کہ معمولی حالت میں جلد کا ایک ایسا ٹکڑا مع نیچے کے عضلی الیاف کے علیحدہ کیا جاتا ہے اور اس سے صرف عارضی

فائدہ ہوتا ہے۔

استرخارجفن اعلیٰ کے لئے تجویز کردہ تمام اعمال جرحیہ میں سے ماہر (Hess) کا آپریشن سب سے بہتر ہے جرحی عملیات کے سلسلہ میں ملاحظہ ہو۔

آفات وضربات اجفان
Injuries of the lids

مختلف اقسام کے آفات وحوادث اجفان کو پہونچتے ہیں۔ مثلاً چوٹ۔ جروح۔ احتراق وغیرہ۔ ان سب کا علاج عام اصول کے مطابق مناسب ہوتا ہے۔ لیکن ذیل کی تین حالتوں میں خاص طور پر غور کرنے کے بعد علاج کرنا چاہئے۔

(۱) جفنی جلد کے جروح (۲) محجری ہڈیوں کے ضربات وصدمات (۳) مقلۂ عین کو نقصان پہونچنے کی صورت میں۔

وہ جروح جو عضلہ قابضۃ الجفن کے ریشوں کی سمت میں واقع ہوں۔ زیادہ نہیں کھلے رہتے اور جلد مندمل ہوجاتے ہیں۔ ان کے اندمال کے بعد نمایاں طور پر کوئی نشان بھی باقی نہیں رہتا۔ اس لئے جہاں تک ممکن ہو اعمال جرحیہ کے لئے شگاف کا رخ بھی یہی ہو۔ عمودی جروح یا زخم کا منہ بہت زیادہ کھلا رہتا ہے اور ان کے اندمال کے بعد ندبی ساخت کے سکڑنے کی وجہ سے بدوضعی نمایاں ہوجاتی ہے بعض اوقات بیرونی التواء بھی پیدا ہوجاتا ہے۔ خصوصیت کے ساتھ یہ التواء اس وقت زیادہ پیدا ہوتا ہے جب کہ جلد نیچے کی ہڈی کے ساتھ ملتصق ہوجائے۔ جن زخموں میں عمودی طور پر جفن بالکل کٹ جاتی ہے وہ زیادہ تکلیف دہ ہوتے ہیں۔ اگر یہ بغیر بیٹھے پڑے ہوئے اچھے نہ ہوں تو جفنی کنارے میں ایک دندانہ سا نمودار ہوجاتا ہے۔ جس کی وجہ سے بدوضعی۔ عدم اغماض عین کی حالت اور آنکھ سے پانی کا بہنا شروع ہوجاتا ہے۔ ان زخموں سے اگر قناۃ دمعی بھی کٹ جائے تو خاص احتیاط کا خیال رکھیں۔

محجر کے چاروں طرف کی ہڈیوں کی ضرب کا صدمہ اس کے کنارے تک محدود رہ سکتا ہے اور کسی دوسرے حصے میں بھی پہونچ سکتا ہے۔ کنارے کی ہڈیوں کی کسر کو پہچاننے کے لئے جس کو کام میں لاویں اور معائنہ کریں معائنہ میں اونچا۔ نیچا ہونا۔ بے قاعدگی اور خشخشہ نہایت آسانی سے معلوم ہوسکتا ہے۔ ایسی کسر کی بعض صورتوں میں جلد کے نیچے ہوا ابھر جاتی ہے۔ جس کا سبب یہ ہوتا ہے کہ زیر جلد انفی خلاء کا تعلق انفی ہوائی جوفوں سے ہوجاتا ہے اور ناک کو زور سے صاف کرتے وقت ہوا غشاء مخاطی کے نیچے پہونچ جاتی ہے چھینکنے اور کھانسنے یا اوکھنے سے بھی یہی کیفیت پیدا ہوجاتی ہے۔ ان صورتوں میں مقام ماؤف پر ورم ہوتا ہے اور نرم خشخشہ ہاتھوں کو محسوس ہوتا ہے

(۲)   (۱)





(۳)

(۱) بائیں آنکھہ کی جفن اعلی کا استرخاء ۔

(۲) مسترخی جفن کو انگوٹھے سے اوٹھاکر دکھایا گیا ہے ۔

(۳) ایک خاندان کے تمام افراد میں جفن اعلی کا استرخاء ۔

مجری ہڈیوں کی کسر کی وجہ سے بعض اوقات مقلہ عین پیچھے کی طرف کو کھنچ جاتا ہے۔ کبھی یہ کسر حجی اساسی ہڈیوں کے کسر کے ساتھ مشارکت کے طور پر پیدا ہوتا ہے۔ موخرالذکر حالت میں ثقبہ بصری ماؤف ہوتا ہے جس کی وجہ سے عصب بامرہ کٹ جاتا یا دب جاتا ہے۔

آفات مقلہ عین مقلہ عین کی آفات میں تشخیص اور علاج کا خاص خیال رکھیں۔ اجفان کی آفتوں میں مقلہ عین کا معائنہ بالکس غور سے کریں۔ اگر آنکھ کو کوئی صدمہ پہونچا ہو تو ترعین کم ہوجاتا ہے جس کے معنی یہ ہیں کہ مقلہ عین میں کوئی سوراخ ہو گیا ہے۔ اگر نزف الدم زیادہ ہو اور ہیجان بھی زیادہ پایا جائے تو معائنہ مشکل ہوتا ہے۔ ضرورت محسوس ہو تو تخدیر عمومی کے ذریعہ مریض کو بیہوش کرکے اجفان کو ہٹانے والے آلہ کی مدد سے معائنہ کریں۔

آنکھ کا کچل جانا ۔ رض (Contusion) بعض اوقات بظاہر زیادہ خطرناک ہوتا ہے۔ کیونکہ اجفان اور ملتحمہ میں ورم اور زیر جلد نزف الدم بہت زیادہ ہوتا ہے۔ ہر حالت میں انذار مرض کے متعلق غور وفکر کے بعد اپنی رائے کا اظہار کرنا چاہئے۔ کیونکہ صحیح طریقہ پر نقصان کا اندازہ مشکل سے لگتا ہے۔

علاج ۔ معمولی چوٹ جس کے ساتھ جلد نزف الدم ہو اس کا علاج صرف ٹھنڈی پٹی لگانے سے ہو سکتا ہے۔ ملتحمہ کو معمولی بورک لوشن سے دھویا جائے اور اجفان کے کناروں پر بورک مرہم لگا دیا جائے تاکہ وہ آپس میں چپکنے سے محفوظ رہیں۔ زیر جلد ساختوں میں اگر ہوا بھری ہو تو کس کر پٹی باندھ دیں۔ زور لگانے ۔ ناک کو صاف کرنے اور چھینکنے وغیرہ کے متعلق منع کردیں۔ زخم کو خوب اچھی طرح مطہر اور دافع عفونت محلول سے صاف کریں اور ٹانکے لگا دیں۔ اگر قناۃ دمعی کیس سے کھل گئی ہو تو اس کو پوری طرح کھول دیں۔ ندبی ساخت کی پیدائش سے پہلے اگر ایسا نہ کیا جائے گا تو بعد میں قناۃ دمعی کے کھولنے میں دقت پیش آئیگی۔ کٹے پھٹے زخموں کی صورت میں اندمال کے بعد خراب نشانات باقی رہ جاتے ہیں اور اجفان بھی بدوضع ہوجاتی ہیں۔ ان کا علاج عمل ترقیع سے کیا جائے۔ اگر کوئی خراج پیدا ہو جائے تو شگاف دے کر اس کو صاف کردیں۔ اور عام جرحی اصول کے ماتحت اس کا علاج کریں۔

جفنی سلعات

غیر خبیثہ جفنی سلعات آنکھ کی حولی جلد میں بقعہ صفراوی (Xanthelasma) ہلام متعدیہ (Molluscum Contagiosum)

حقدہ درنیہ لبنیہ۔ ثو لول (Warts) خال متلون (Naevus) ورم دموی لمفاوی یا عروقی (Angioma) اوران کے علاوہ جلد کے غددی سلعات عام طور پر پائے جاتے ہیں۔ سن رسیدہ اشخاص کی پلکوں کے بالوں میں چھوٹی مصفی اکیاس بھی پائی جاتی ہیں جن کی وجہ یہ ہے کہ غددوں کے اندر رطوبت رُک جاتی ہے۔ اگران اکیاس کی جھلی کو الگ کر دیا جائے تو یہ غایب ہو جاتی ہیں۔

آنکھ کی حوالی جلد میں بقعات صفراوی۔ اندرونی حقیم کے نزدیک بالائی یا زیرین جفن پر جلد سے کسی قدر ابھرے ہوئے زرد رنگ کے بقعات پائے جاتے ہیں۔ بعض اوقات دونوں طرف ایک ہی مقام پر ہوتے ہیں۔ سن رسیدہ مستورات میں زیادہ ملتے ہیں۔ آہستہ آہستہ بڑھتے ہیں ان کی وجہ سے جو بدنمائی پیدا ہوتی ہے وہی ان کے علاج کی داعی ہوتی ہے۔ زیر جلد نوکین کی تلقیح کر کے ان کو الگ کر دینا چاہیے یا کہربائی رو سے جلایا جائے یا ریڈیم سے تشمیر کر دیا جائے

ہلام متعدیہ۔ یہ چھوٹے سفید اُٹھے ہوئے سلعات ہوتے ہیں اور ایک ہی وقت میں متعدد ہوا کرتے ہیں ان کو اگر دبایا جائے تو ان کے اندر سے دہنی رطوبت خارج ہوتی ہے۔ علاج ان کا یہ ہے کہ شگاف دے کر ان میں سے دہنی رطوبت کو خارج کر دیا جائے اور اس کے بعد خالص کاسٹک لگایا جائے۔

رنگ دار خال متلون۔ اجفان کے کنارے پر پایا جاتا ہے۔ اس میں جلد و ملتحمہ دونوں شامل ہوتے ہیں کبھی دونوں اجفان پر ایک ہی مقام پر پایا جاتا ہے جس کا مطلب یہ ہے کہ یہ اس وقت پیدا ہوا ہے جب کہ جنین کی دونوں اجفان ایک دوسرے سے جُڑی ہوئی تھیں خوردبینی معائنہ سے اس کے اندر خاص قسم کے خلیات ملتے ہیں جو حویصلی صورت میں منظم ہوتے ہیں۔ بعض اوقات زندگی کے آخری حصص میں یہ خال سلعات خبیثہ کی طرف بھی منتقل ہو جاتے ہیں۔

ورم دموی۔ کہفی اور بسیط اس کی دو قسمیں ہیں۔ بسیط ورم دموی کا رنگ شوخ سرخ ہوتا ہے اور اس کے اندر عروق شعری کا جال پایا جاتا ہے لیکن کہفی ورم دموی کے اندر وریدی جوف پائے جاتے ہیں جو ایک دوسرے سے متصل ہوتے ہیں۔ یہ دراصل زیر جلدی ساخت ہے جو تناسلی نسیجوں سے ملتی ہے۔ عموماً یہ اورام مقامی ہوتے ہیں اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ جزئی طور پر ایک قسم کا غلاف ہو۔ جلد کے اندر سے ان کا رنگ نیلگوں نظر آتا ہے۔ سرنیچا کرنے اور رونے کے وقت حجم میں بڑھ جاتے ہیں۔ علاج ان کا یہ ہے کہ بسیط ورم دموی کو بشرطیکہ بہت چھوٹا ہو

کاٹ کر الگ کر دیا جائے - کاربانک ایسڈ گیس کی برف سے جلایا بھی جا سکتا ہے - بجلی کی رو سے اس کو منجمد بھی کر سکتے ہیں دونوں طریقے علاج کے بہترین ہیں

کہفی ورم دموی - جوانوں میں بہت کم پایا جاتا ہے - کیونکہ اس کا علاج بچپن میں کر دیا جاتا ہے - اور کبھی بغیر کسی علاج کے خود بخود یا چمڑے کے دبیز ہو جانے کی وجہ سے غائب ہو جاتا ہے

علاج اس کا یہ ہے کہ اس کو ملتحمہ کی طرف سے کاٹ کر نکال دیں اور اگر ورم بڑا ہو تو کہربائی رو سے منجمد کر دیں بعض ماہرین کہتے ہیں کہ کہربائی رو سے منجمد کرنے کے بعد انتظار کریں - اگر اس مقام پر دبیز لیفی ساخت بن جائے تو آپریشن کر کے اس کو الگ کر دیں -

ورم دموی لمفاوی - بہت کم اجفان میں پایا جاتا ہے - سن رسیدہ اشخاص میں اندرونی حقیم کے اوپر دونوں طرف ایک ہی جگہ پر متورم نرم مقام دکھائی دیتا ہے جو شحمی ارتشاح کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے صفاقی غلاف کے اندر سے یہ شحمی ورم مجری شحم کے ساتھ متصل معلوم ہوتا ہے -

سلعات خبیثہ سلعہ سرطانیہ ولحمیہ - سلعہ سرطانیہ زیادہ عام ہے - سلعہ خبیثہ بشریہ ان مقامات پر عام طور پر پایا جاتا ہے - جہاں خلیات بشری ایک قسم سے دوسری قسم کے خلیات میں تبدیل ہوتے ہیں اسی لئے یہ سلعات اجفان کے آزاد کناروں پر شروع ہوتے ہیں - ان سلعات کے مریض سن رسیدہ ہوتے ہیں اس میں کان کے سامنے کا لمفاوی غدہ پھول جاتا ہے اور اگر اندرونی حقیم کے پاس یہ رسولی ہو تو تحت الفلک غدد پھولتے ہیں - کبھی کبھی ایسا بھی دیکھا گیا ہے کہ جفنی غددیں سے کسی کے اندر سرطانی سلعہ شروع ہو گیا ہے -

بشری سلعہ خبیثہ میں سے سب سے زیادہ عام قرحہ اکالہ (Rodent ulcer) ہے جو خصوصیت کے ساتھ اندرونی حقیم پر ظاہر ہوتا ہے اس کی ابتدا چھوٹی سی پھنسی سے ہوتی ہے - اس پھنسی کے پھوٹنے کے بعد قرحہ نمودار ہو جاتا ہے - اگر اس کے اوپر سے کھرنڈ اتارا جائے تو نیچے سے قرحہ کے کنارے متورم اٹھے ہوئے سخت معلوم ہوتے ہیں - چاروں طرف گہری ساختوں میں یہ قرحہ نہایت آہستہ آہستہ پھیلتا اور بڑھتا ہے - اس کے قرب و جوار کی ساختیں مثلاً اجفان - مجری ہڈیاں وغیرہ آہستہ آہستہ برباد ہوتی جاتی ہیں - یہ رسولی مقامی طور پر خبیث ہوتی ہے - کسی دوسری جگہ منتقل نہیں ہوتی - اس میں لمفاوی عروق ماؤف نہیں ہوتے - اس

کے قرحہ کے بڑھنے کا سلسلہ برسوں تک جاری رہتا ہے

سلعہ خبیثہ لحمیہ بہت کم پایا جاتا ہے ۔اگر پایا جاتا ہے تو اس کے خلیات گول یا مغزلی ہوتے ہیں۔ ملون اور غیر ملون بھی ہو سکتے ہیں۔ گول خلیات والے سلعات جن کو ہم سلعہ لحمیہ لمفادیہ۔ سلعہ غدویہ کہتے ہیں بعض اوقات دونوں آنکھوں میں شروع ہوتے ہیں اور کبھی اس سے چاروں اجفان ماؤف ہو جاتی ہیں۔ بسا اوقات ان مریضوں کے خون میں دم ابیض لمفاوی کی تبدیلیاں پائی جاتی ہیں مگر عموماً ایسا نہیں ہوا کرتا۔ سلعہ نہایت آہستہ آہستہ مگر مسلسل بڑھتا رہتا ہے ۔ بالآخر آنکھیں عدم اغماض کی وجہ سے ضایع ہو جاتی ہیں۔

جو خبیثہ سلعات خال متلون سے شروع ہوتے ہیں ان کو ہم سلعہ لحمیہ کہتے ہیں۔

علاج ۔ سلعہ لحمیہ و سرطانیہ کو بخوبی کاٹ کر علیحدہ کر دیں ۔اس عمل میں اگر ایک آنکھ کو نکالنا یا مجری عظام کو کاٹ دینا پڑے تو بھی کوئی تامل نہ کریں ۔ قرحہ اکالہ اگر چھوٹا ہو تو اس کو کاٹ کر علیحدہ کر دیں۔ یا کاربانک ایسڈ گیس کی برف سے جلا دیں۔ اور اگر بہت زیادہ بڑا ہو اور کاٹنے میں زیادہ مشکلات ہوں تو اس کا علاج یہ ہے کہ فوق البنفشی شعاعوں سے یا ریڈیم سے اس کی تشمیر کریں ۔ اس علاج سے بین فائدہ ہوتا ہے اور کبھی کلی شفا بھی ہو جاتی ہے ۔کبھی اس کی شکل سے مغالطہ ہو جاتا ہے اور سطح پر یعنی ندبی ساخت عمدہ نظر آتی ہے لیکن اس کے نیچے برابر یہ بڑھتا رہتا ہے ۔لہذا یہ بہتر ہے کہ ریڈیم سے تشمیر کرنے کے کچھ عرصہ کے بعد خوب اچھی طرح اس کو چاروں طرف سے کاٹ کر الگ کر دیا جائے اور دوبارہ اس کے اعادہ کا خیال رکھیں ۔اپریشن کے بعد اگر ضرورت محسوس ہو تو آنکھ کو ڈھکنے کے لئے تعمیری اپریشن (Plastic operation) کر کے اس کو درست کریں ۔اگر یہ ممکن نہ ہو سکے تو مقلہ عین کو نکال دیں اور ماؤف انسجہ کو آزادانہ طور پر کاٹ کر الگ کر دیں۔

اجفان کی خلقی بدوضعیاں

الصاق ملتحمہ جفنی و مقلی ۔ الصاق اشفار الاجفان ۔ بیرونی التواء جفنی ۔ اندرونی التواء جفنی ۔ خلقی شعر منقلب جو شاذ و نادر خلقی بدوضعی کے طریقہ پر پایا جاتا ہے۔

استرخاء جفنی ۔ یہ عموماً خلقی خرابی کے طور پر پایا جاتا ہے۔

١


٢


٣


٤


٥


(١) ٻالڪي ڄڻن ۾ قرحه صلبه •
(٢) عظم مصفاتي جي ڪيس مخاطي ڏاڍهن اکه کي ٻالڪي ڄڻن ۾ •
(٣) آپريشن کان بعد اُس جي حالت
(٤) ٻائيں اکه جي تجويف جبهي جي ڪيس مخاطي •
(٥) آپريشن کان بعد اُس جي حالت •

شعر زائد (Distichiasis) شعر زائد کی حالت شاذ و نادر ہی پائی جاتی ہے۔ اس میں جفنی کناروں پر پلک کے بالوں کی ایک قطار کے بجائے دو قطاریں ہوتی ہیں اور یہ حالت عموماً چاروں اجفان میں ہوتی ہے۔ موخر قطار۔ غدد مائی بومین کی جگہ لے لیتی ہے اور قرنیہ پر رگڑ کھانے کی وجہ سے تکلیف پیدا کرتی ہے۔

جفنی کنارے میں ایک جگہ جفن کا ایک حصہ غائب ہو جانے کی وجہ سے دندانہ سا بن جاتا ہے جس کو ہم کالوبوما (Coloboma) کہتے ہیں۔ یہ دندانہ اجفان کے اندرونی نصف حصہ میں پایا جاتا ہے اور عموماً بالائی جفن میں ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ مقام جلد کے ٹکڑے کے ذریعہ مقلہ عین سے ملحق ہو جاتا ہے یا دندانہ کے بالمقابل قرنوی اور صلبی جائے اتصال پر کیس جلدی بھی پائی جاتی ہے۔ دوسرے حصص میں بھی خلقی نقائص پائے جاتے ہیں مثلاً عنبیہ کا ایک حصہ غائب ہوتا ہے۔

اختفار آیئنین (Cryptophthalmia) یہ حالت نہایت شاذ و نادر پائی جاتی ہے۔ اس میں ابرو سے لے کر رخساروں تک مسلسل جلد ہوتی ہے پلکیں وغیرہ سب غائب ہوتی ہیں جس کی وجہ سے آنکھ بالکل نہیں دکھائی دیتی۔

صغر الاجفان (اجفان کا بہت چھوٹا ہونا) Microblepharon

اجفان بہت چھوٹی ہوتی ہیں۔ یہ بھی ممکن ہے کہ بالکل ہی غائب ہوں یہ حالت خلقی طور پر اُن آنکھوں میں پائی جاتی ہے جو بہت چھوٹی ہوتی ہیں۔ اس کے ساتھ مجری جفنی کیس بھی ملتی ہے۔ جس کی وجہ سے زیرین جفن پھولی ہوئی نظر آتی ہے یہ کیس مقلہ عین سے ملحق ہوتی ہے اور اس کے اندر شبکیہ کی نسیج کا استر ہوتا ہے بعض اوقات بظاہر مقلہ عین بالکل غائب ہوتا ہے۔ مگر خوردبین سے معائنہ کیا جائے تو کچھ نہ کچھ نسیجیں اُس کی اکثر پائی جاتی ہیں۔

تشاجلد فوق الماق Epicanthus

ایک جلدی چنٹ ہے جو بالائی جفن کے اوپر اندرونی حتیم کو ڈھانکتی ہے۔ عموماً یہ حالت دونوں طرف ملتی ہے۔ اس حالت میں مشاہدہ کیا گیا ہے کہ خلقتاً دونوں آنکھیں ایک دوسرے سے زیادہ دور واقع ہوتی ہیں اور ناک کا بانسا غائب ہوتا ہے جیسے جیسے ناک کا بانسا بڑھتا ہے۔ یہ حالت کم ہوتی جاتی ہے۔ طبعی طور پر یہ حالت چینی و جاپانی اشخاص میں پائی جاتی ہے۔

جال دار عصبی ورم (Plexiform nevroma) اجفان اور مجر کے اندر پیدا ہو سکتا ہے اس کے تمام

مریضوں میں صدغی حصہ بھی ماؤف ہوتا ہے اور خاص قسم کی شکل ہو جاتی ہے ۔ جلد کے اندر موٹے اعصاب سخت گرہوں یا رسولیوں کی طرح معلوم ہوتے ہیں ۔ عصبی الیاف میں تغیرات بہت کم ہوتے ہیں تضخم عصبی الیاف کے باہر کے غلاف میں ہوتا ہے ۔ اکثر مریضوں میں ہدبی الیاف بھی ماؤف ہو جاتے ہیں اور ان اعصاب میں مقلہ عین کے باہر اور اندر دونوں مقام پر مرضی آفت پہونچتی ہے ۔ اس میں عمل جراحی سے کوئی فائدہ نہیں ہوتا ۔

امراض ملتحمہ

ملتحمہ ملتحمہ کی ظاہری ہیئت مختلف عمر اور مختلف پیشہ کے لحاظ سے ہر شخص میں مختلف ہو سکتی ہے ۔ صحت سے تعلق رکھنے والی اسکی لونی اور عروقی خصوصیات کا یاد رکھنا ضروری ہے ۔ مرضی کیفیتوں کے سمجھنے کے لئے بھی ملتحمہ کی طبعی خصوصیات سے کماحقہ آگاہی ہونا چاہئے ۔

ہم پہلے ذکر کر چکے ہیں کہ ملتحمہ کے دو حصے ہوتے ہیں ایک ملتحمہ جفنی اور دوسرا ملتحمہ مقلی ۔ اور ان دونوں کو آپس میں ملانے والی جیب نما ملتحمی حنث کو ہم ملتحمہ طاقی کہتے ہیں ۔ جفنی ملتحمہ اجفان کے مقدم کناروں سے شروع ہوتا ہے بیاں پر ایک بات اور بھی یاد رکھنے والی ہے وہ یہ کہ مقدم جفنی کنارے سے لے کر موخر جفنی کنارے سے کچھ دور یعنی غضروفی گڈھے تک ملتحمہ میں جلدی اور ملتحمی دونوں خصوصیات ہوتی ہیں

اس حصے پر بشرہ پرت دار ہوتا ہے ۔ اس کے علاوہ جفنی ملتحمہ پر بشرہ کے دو پرت ہوتے ہیں ۔ طاقی مقام سے قرنیہ کے محیطی حصہ تک بشرہ دبیز ہوتا ہے ۔ اور از سر نو پرت کی خصوصیات اختیار کرتا ہے ۔ اس بشرہ کے نیچے غددی نسیج کی تہ ہوتی ہے ۔ یہ نسیج واصل پر مشتمل ہوتی ہے اور اس میں خلیات واحدۃ النواۃ لمفادی پائے جاتے ہیں ۔ اور اس پرت کے نیچے لیفی تہ ہوتی ہے ۔ جو بلا کسی حد فاصل کے زیرین نسیجوں میں مدغم ہو جاتی ہے ۔ نیچے کی نسیج خواہ جفنی انسجہ میں سے ہو یا طبقۂ صلبیہ کی نسیجوں میں سے ہو دونوں صورتوں میں یہ اس کے اندر غائب ہو جاتی ہے ۔ جفنی ملتحمہ غضروف جفنی سے متصل ہوتا ہے اور اس سے اٹھایا نہیں جا سکتا ۔ اس کے برعکس مقلی ملتحمہ مقلہ عین پر بالکل ڈھیلا پڑا رہتا ہے اور صرف قرنیہ کے نزدیک اس کا اتصال زیرین نسیجوں کے ساتھ مستحکم ہوتا ہے ۔ قرنیہ کا مقدم پرت بھی ملتحمہ کا ایک حصہ ہے مگر چونکہ یہ شفاف ہوتا ہے اسلئے اس کو ہم دیکھ سکتے ہیں اسکی مفصل تشریح بیان کیجا چکی ہے ۔

علم الجراثیم - ملتحمہ کے اندر ہمیشہ جراثیم ملتے ہیں۔ یعنی یہ جراثیم سے کبھی پاک نہیں ہوتا - ملتحمہ کی حرارت جسم کی حرارت سے کم ہوتی ہے اس کی وجہ یہ ہے کہ ہر وقت آنکھ کے کھلے رہنے کی وجہ سے آنسو بخارات بن کر اڑتے رہتے ہیں اور دوسری وجہ ہے کہ ملتحمہ کے اندر خون کا دوران بہت زیادہ تیز نہیں ہوتا اسی لئے جراثیم کی نشو ونما اس میں زیادہ نہیں ہو سکتی - دمعی رطوبت بھی جراثیم کی کاشت کے لئے اچھا مزرعہ نہیں ہے مگر اس میں محلل کریات حمر اریا محلل جراثیم اجزا نہیں ہوتے اس لئے یہ خود جراثیم کو ہلاک نہیں کر سکتی -

رطوبت دمعی کے اندر الصاقین بالکل نہیں پائی جاتی - اگر خون میں خناق وبائی کی فادسمین کی تلقیح کی جائے تو اس کا اخراج طبقہ ملتحمہ میں نہیں ہوتا - اسی لئے ہمارا خیال ہے کہ آنسو صرف مضر اجزا اور جراثیم کو آنکھ کے ملتحمہ سے دھو کر نکال دیتے ہیں - اگر طبقہ ملتحمہ میں خراش پیدا ہو جائے تو جراثیم کو اپنی تعداد کی افزائش کا موقع مل جاتا ہے - آنکھ پر پٹی باندھ دینے کی صورت میں - آنکھ کی حرکات کے بند ہو جانے اور حرارت کے بڑھ جانے سے بھی جراثیم کی افزائش ہوتی ہے - ملتحمہ میں پائے جانے والے اکثر جراثیم کوئی مرضی حالت نہیں پیدا کرتے مگر بعض اُن میں سے مرضی جراثیم سے مشابہت تامہ ضرور رکھتے ہیں - کرویات ذات الریہ سے مشابہت رکھنے والے کرویات زوجی ملتحمہ کے اندر پائے جاتے ہیں - ان کی تلقیح اگر حیوانوں میں کی جائے تو بسا اوقات مرض پیدا کرتے ہیں اور کبھی نہیں بھی پیدا کرتے - انسانوں میں بہت سے ایسے افراد ملتے ہیں کہ جن کی آنکھ کرویات ذات الریہ کے عدوی سے متاثر نہیں ہوتی - لیکن اگر انہی جراثیم کو دوسرے اشخاص کی آنکھوں میں داخل کر دیا جائے تو وہ مرض کا شکار ہو جاتے ہیں -

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ کرویات ذات الریہ کا تعلق آنکھ کے التہاب سے بہت زیادہ ہوتا ہے اور ان سے آنکھ کی خطرناک بیماریاں پیدا ہوتی ہیں - آنکھ کے اندر جر ثومہ (Xerosis) بھی پایا جاتا ہے جو اپنی ہیئتی خصوصیات میں خناق وبائی کے جراثیم سے ملتا جلتا ہے - اس کی شناخت محض کاشت کے ذریعہ ممکن ہے - اس کے علاوہ ملتحمہ میں کرویات عنقودیہ بھی پائے جاتے ہیں جو بذات خود ضرر رساں نہیں ہوتے - مگر دوسرے جراثیم کے ساتھ مل کر زیادہ تکلیف کا باعث بنتے ہیں - کرویات عنقودیہ بیضاء اور جر ثومہ (Xerosis) تقریباً ملتحمہ کے اندر ہمیشہ پائے جاتے ہیں - ماہرین کو تجربہ سے معلوم ہوا ہے کہ ان کی موجودگی دوسرے جراثیم کی افزائش کے لئے ممد ثابت ہوتی ہے جیسا کہ ان کی موجودگی میں کاخ ویکس عصیات (Koch-week's bacilli) کاشت کے اندر اور ملتحمہ میں دونوں جگہ بہت جلد

نشو ونما پاتے ہیں۔ کرویات عقدیہ اور عصی تولونی بھی شاذ و نادر ملتحمہ کے اندر ملتے ہیں۔ ان کے علاوہ دوسرے جراثیم مثلاً کرویات سوزاکی۔ عصار کاخ وکس اور کرویات زوجی کے متعلق بعد میں بیان کیا جائے گا۔

التہاب ملتحمہ

ملتحمہ کے التہاب کے مختلف اقسام اور مختلف مدارج پائے جاتے ہیں۔ احتقان دموی اور افراز کی زیادتی اس کے ساتھ ہمیشہ پائی جاتی ہے۔ احتقان دموی کی شدت کے مختلف درجے ہوتے ہیں اور ملتحمہ کے مختلف حصص پر اس کی مختلف نوعیت ہوتی ہے۔ افراز کی نوعیت بھی مختلف ہوسکتی ہے اور اس کی مقدار میں بھی اختلاف کا پایا جانا ممکن ہے۔ بسا اوقات عارضی احتقان دموی بھی پایا جاتا ہے جو بہت جلد رفع ہو جاتا ہے۔ یہ احتقان بار بار عود کرسکتا ہے اور مزمن صورت بھی اختیار کرسکتا ہے۔ عارضی اور جلد رفع ہونے والا احتقان عارضی خراش کا نتیجہ ہوتا ہے یا آنکھ میں جسم غریب کی موجودگی مثلاً ذرات۔ مژگاں کے بال وغیرہ کے سبب سے پیدا ہوتا ہے۔ مگر ان حالات میں انعکاسی طور پر صرف رطوبت دمعی کے افراز کی زیادتی ہوتی ہے۔ جب کوئی جسم غریب مثلاً ناج کا دانہ یا کیڑے مکوڑوں کا پر طاقی ملتحمہ میں پہنچ کر پھنس جاتا ہے تو اس طرف کی آنکھ کے شدید التہاب ملتحمہ کا باعث ہوتا ہے۔ بعض اوقات نیچے کے طاق ملتحمہ میں خراش پائی جاتی ہے اور یہ خراش بھی صرف ایک آنکھ میں ہوتی ہے۔ عموماً یہ حالت ان لوگوں میں ہوتی ہے جو حیلہ سازی کرتے ہیں اور خود کسی مخرش دوا کو استعمال کر کے معالج کو دھوکا دینا چاہتے ہیں۔ اور کبھی اختناق الرحم کے مریضوں میں بھی یہ حالت دیکھی جاتی ہے۔

بار بار لوٹنے والا یا مزمن احتقان دموی ایسے حالات کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ جن کا تعلق بود و باش سے ہوتا ہے مثلاً گرد و غبار کی ہوا میں زندگی بسر کرنا۔ کمروں میں صاف ہوا کا نہ ہونا۔ تیز روشنی میں کام کرنا وغیرہ یہ سب اس کے اسباب ہوسکتے ہیں۔ گرم ممالک میں تیز دھوپ میں کام کرنے سے مندرجہ ذیل چیزیں اپنا اثر کرتی ہیں۔

(۱) تیز شعاعیں چوند پیدا کرتی ہیں (۲) کسی حد تک فوق البنفسجی شعاعیں اپنا کیمیاوی اثر پیدا کرتی ہیں۔ (۳) کسی قدر وہ گرمی بھی اپنا اثر کرتی ہے جو تحت الاحمر گرم شعاعوں کا نتیجہ ہوتی ہے۔

مزمن احتقان کے اسباب کا تعلق عموماً ملتحمہ کے ساتھ دور کا ہوتا ہے۔ مثلاً بینائی کے درست نہ ہونے کی وجہ سے عموماً مزمن احتقان انعکاسی طور پر پیدا ہو جاتا ہے جتنی کثافت اس احتقان میں خصوصیت کے ساتھ حصہ لیتے ہیں۔ جسمانی انسجہ کی تخریب و تعمیر خصوصاً جب کہ غذا کے انجذاب اور فضلات کے اخراج میں کوئی خرابی لاحق ہو مثلاً

نزس بہت کھانا ۔ اور شراب نوشی کی حالت میں بھی مزمن احتقان ملتحمی پایا جاتا ہے ۔ (Hay fever) بخار میں خاص طور پر یہ کیفیت ملتی ہے ۔ جس کی ایک خصوصیت یہ ہے کہ ملتحمہ کے افراز میں ایوسائینوفیل کریات بیضا پائے جاتے ہیں ۔

احتقان بسیط ۔ اگر طبقہ ملتحمہ میں موجود ہو تو آنکھ میں تکلیف کا احساس ہوتا ہے جس کو ہم ان الفاظ میں ظاہر کر سکتے ہیں کہ آنکھ گھٹی ہوئی معلوم ہوتی ہے اور اس کے اندر گرد و غبار کے پڑنے کا احساس ہوتا ہے ۔ آنکھ زیادہ دیر تک کھلی نہیں رہ سکتی ۔ تکان محسوس ہونے لگتا ہے ۔ تیز روشنی سے طبیعت کو تنفر ہوتا ہے اور روشنی سے آنکھ کو تکلیف ہوتی ہے ۔ عموماً ملتحمہ طبعی حالت میں دکھائی دیتا ہے مگر زیرین طاق ملتحمہ کو ملاحظہ کرنے پر آپس میں لگے ہوئے مقامات پر احتقان دموی پایا جاتا ہے اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ آپس میں چپکے ہوئے ہیں ۔ مذکورہ تکلیف دہ کیفیت کا آغاز بعض اوقات شام کو ہوتا ہے اور کبھی باریک کام کرنے کے بعد نفرسی مریضوں میں تہیج بھی پایا جاتا ہے ۔ ورم کا اثر صرف مقلی اور طاقی ملتحمہ پر ہوتا ہے ساری کی ساری غشاء مخاطی پھول جاتی ہے اور جیلے ٹین کی صورت اختیار کرتی ہے ۔ اگر ورم بہت زیادہ ہو تو قرنیہ کے چاروں طرف دیوار سی اٹھی ہوئی معلوم ہوتی ہے ۔ ایسی صورت میں جفنی ملتحمہ کم ماؤف ہوتا ہے ۔ مگر جفنی النسیجہ میں تہیج کیفیت ضرور ہوتی ہے اور یہ کیفیت اتنی بڑھ جاتی ہے کہ جفن متورم ہو جاتی ہے اور بالائی جفن زیرین جفن پر لٹکی ہوئی معلوم ہوتی ہے ۔

اگر مریض کبھی یہ شکایت کرے کہ اس کی ایک آنکھ سے پانی بہتا ہے اور صرف اسی آنکھ میں احتقان دموی بھی پایا جاتا ہو تو آلات دمعی کا فوراً معائنہ کرنا ضروری ہے ۔ کیس دمعی پر پیچھے اور اندر کی طرف انگلی سے دباؤ ڈالا جائے اگر اس کے اندر رطوبت جمع ہو گی تو آنکھ میں قناۃ دمعی کے راستے سے واپس آجائے گی ۔ جس کے معنی یہ ہوں گے کہ اس کا راستہ ناک کی طرف بند ہے اگر رطوبت بالکل واپس نہ آئے تو زیرین قناۃ دمعی کا معائنہ کریں ۔ طبعی حالت میں ہم اس کو اس وقت تک نہیں دیکھ سکتے جب تک اجفان کو ملٹ نہ لیں ۔

علاج ۔ احتقان بسیط کا علاج یہ ہے کہ اس کے اسباب کو رفع کیا جائے اور جہاں تک ممکن ہو معاشرتی خرابیوں کو دور کیا جائے ۔ تیز روشنی سے آنکھ کو بچائیں ۔ دھوئیں کے رنگ کی عینک استعمال کریں لیکن یہ اس وقت جبکہ بینائی درست ہو ۔ آج کل کرکس (Sir crooks) کے ایسے شیشے ملتے ہیں جو رنگ دار ہونے کے علاوہ فوق البنفشی اور تحت الاحمر شعاعوں کو جذب کر لیتے ہیں اور روشنی کی شعاعوں کو کم جذب کرتے ہیں ۔ ان عینکوں کا استعمال گرم

ممالک میں بہت بہتر ہے۔

بینائی کی خرابی کو فوراً مناسب عینک سے درست کرنا چاہیے۔ غلط عینک لگانے سے بھی بعض اوقات حدسے زیادہ تکلیف بڑھ جاتی ہے اس لئے اس کی صحت ضروری ہے۔ جب عینک کی غرض سے مریض معالج خصوصی کے پاس آئے تو باریک کام کاج کرنے کے متعلق اس کو مکمل ہدایات کردی جائیں۔

آلات دمعی کی خرابیوں کو دور کیا جائے اگر اس میں کوئی خرابی نہ ہو تو احتقان دموی کا مقامی علاج کیا جائے لیکن اگر اس سے کوئی فائدہ نہ پہونچے تو آلات دمعی کے راستے کا معائنہ کریں مگر طلبا، کو اس امر کا خیال رکھنا چاہیے کہ بجائے فائدہ کے نقصان نہ پہونچے۔ طب کے اصول عامہ کے مطابق نظام تعمیر و تخریب کی خرابیوں کو درست کریں بسا اوقات اس طرف بہت کم توجہ کی جاتی ہے لہذا اس کا خیال رکھیں۔ اس صورت میں مقامی علاج یہ زیادہ مناسب ہے کہ آنکھ کو گرم بورک لوشن سے متعدد بار دن میں دھوئیں خواہ بورک لوشن میں کوئی حابس دوا استعمال کریں یا نہ استعمال کریں۔ بہتر نسخہ لوشن کا ذیل میں درج ہے۔

بورک ایسڈ ۳ گرین۔ زنک ½ گرین سے ایک گرین تک۔ مقطر پانی ایک اونس۔ اس کے علاوہ صبح شام آنکھ میں ہموزن ٹنکچر افیون اور مقطر پانی ملا کر ایک ایک قطرہ ڈالا جائے۔ ہیزلین ۲۰ قطرے سے ۶۰ قطرہ تک ایک اونس مقطر پانی میں ملا کر استعمال کرنے سے فائدہ ہوتا ہے۔ کوکین کو حتی الامکان نہ استعمال کیا جائے کیوں کہ اس کا عمل عارضی ہوتا ہے اور قرنیہ کے بشرہ کے لئے نقصان دہ ثابت ہوتا ہے۔ اگر اس کا بہت خفیف طاقت کا محلول استعمال کیا جائے تو فائدہ اور آرام ملتا ہے۔ کلاہ گردہ کا خلاصہ ایک ہزار میں ایک کی طاقت کا خاص حالات میں استعمال کرنے سے سرخی وغیرہ رفع ہو جاتی ہے اور تکلیف کم ہو جاتی ہے مگر اس کا اثر تھوڑی دیر تک قائم رہتا ہے اور بعض اوقات مریض بہت شکر گزار ہوتے ہیں۔ ملتحمہ سے غریب اجسام کے نکالنے کے بعد اس کا استعمال خاص طور پر مفید ہے۔ ملتحمہ کے التہاب میں آنکھ کا معائنہ کرنے سے تشخیص میں بڑی مدد ملتی ہے۔ آنکھ کی رطوبت پانی کی طرح یا مخاطی یا پیپ ملی ہوئی مخاط یا خالص صدیدی بھی ہو سکتی ہے۔ کبھی مرض کا نام اسی رطوبت کے لحاظ سے رکھا جاتا ہے۔ ملتحمہ کے التہاب کا انحصار جراثیم پر ہوتا ہے مگر ان کی وجہ سے پیدا ہونے والی مرضی حالتیں جداگانہ نہیں ہوتیں۔ اس لئے بہتر ہے کہ ملتحمہ کے امراض کا نام رکھنے میں پرانے طریقہ کو اختیار کیا جائے۔

پانی کی طرح یہ رطوبت صرف افراز دمعی کے انعکاسی طور پر بڑھ جانے کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے اور بقیہ اقسام کی رطوبات کا جراثیم کے ساتھ کچھ نہ کچھ تعلق ضرور ہوتا ہے۔ اس لئے اس کو معلوم کرنے کے بعد مختلف اسباب کے مطابق علاج میں تغیر و تبدل کرنا چاہئے۔

ملتحمہ کے التہاب کی دو قسمیں ہیں۔ (۱) التہاب ملتحمہ حاد (۲) التہاب ملتحمہ تحت الحاد یا مزمن۔ ان دونوں میں سے اول الذکر کی مندرجہ ذیل قسمیں نکلتی ہیں۔

(۱) حاد بسیط التہاب ملتحمہ (Simple acute Conj.) (۲) التہاب صدیدی (Purulent Conj)

(۳) التہاب ملتحمہ غشائی (Membranous Conj.) (۴) التہاب ملتحمہ بثری (Phlyctenular Conj)

اور التہاب ملتحمہ تحت الحاد یا مزمن کی مندرجہ ذیل قسمیں ہیں۔

(۱) مزمن بسیط (Simple chronic Conj.) (۲) التہاب ملتحمہ زاوی (Augular Conj)

(۳) التہاب ملتحمہ حویصلی (Follicular Conj.) (۴) التہاب ملتحمہ حبیبی (رشیے) (Trachomatous)

(۵) درنی (Tubercular Conj.) (۶) آتشکی (Syphilatic Conj.)

بسیط حاد التہاب ملتحمہ (ربد نزلی) ملتحمہ کی احتقانی حالت نامعلوم طریقہ پر عمومی صورت اختیار کرلیتی ہے جس میں رطوبت مخاطی گاڑھی ہو جاتی ہے اور آنکھ کی اجفان آپس میں چپک جاتی ہیں۔ پلکوں کے چپکنے کی شکایت مریض عام طور پر بیان کرتے ہیں کیوں کہ زیادہ دیر تک بند رکھنے کے بعد یہ حالت نمایاں طریقہ پر پیدا ہو جاتی ہے۔ اس کے اسباب۔ علامات اور علاج وہی ہیں جن کا ذکر احتقان بسیط میں آچکا ہے۔

حاد بسیط التہاب کی مختلف قسمیں پائی جاتی ہیں جن میں سے ہر ایک جراثیمی عدوی کا نتیجہ ہوتی ہے اور مختلف صورتوں میں جراثیم بھی مختلف ہوتے ہیں۔ عموماً یہ کہا جاتا ہے کہ یہ نزلی کیفیت کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ ہمارا خیال ہے کہ سردی کی وجہ سے مقامی قوت مدافعت کم ہو جانے پر ملتحمہ میں جراثیمی عدوی ہو جاتا ہے۔ جس سے یہ کیفیت پیدا ہوتی ہے۔ مخاطی صدیدی التہاب ملتحمہ اس کی بہت عام قسم ہے۔ نام ہی سے ظاہر ہوتا ہے کہ اس میں رطوبت مخاطی اور صدیدی قسم کی ہوتی ہے۔ یہ رطوبت بسیط حالت کی رطوبت سے زیادہ مقدار میں پیدا ہوتی ہے اور دوسری آنکھ میں لگنے سے عدوی منتقل ہو جاتا ہے جن کمروں میں ہوا کا گذر بالکل نہ ہو یا کم ہو ان کی ہوا سے

بھی اس کا عدوی منتقل ہوتا ہے۔ مگر انتقال عدوی کی موخر الذکر صورت غیر ممکن معلوم ہوتی ہے کیوں کہ اس حالت کو پیدا کرنے والے جراثیم بذیرے نہیں بناتے اور خشک ہونے پر ضائع ہو جاتے ہیں۔

علامات۔ سار الملتحمہ شوخ سرخ (گلابی سرخ) ہوتا ہے اور ملتحمہ کے تمام عروق میں احتقان پایا جاتا ہے۔ مگر معمولی حالتوں میں محیط قرنیہ کے عروق میں احتقانی کیفیت نہیں پائی جاتی۔ اس کے علاوہ مخاطی پیپ کے گالے جفنی کناروں کے درمیان اور اُن کے اوپر بھی جابجا پائے جاتے ہیں۔ جب یہ رطوبت جم جاتی ہے تو پلکوں کے بال آپس میں چپک جاتے ہیں یہ حالت جفنی التہاب سے مشابہ ہوتی ہے۔ اس لئے تشخیص میں غلطی کا امکان ہے مگر جب اس رطوبت کو دھو کر صاف کر دیا جائے تو جفنی کنارے بالکل تندرست پائے جاتے ہیں۔ اس وقت تشخیص میں کوئی پیچیدگی باقی نہیں رہتی۔ مخاط کے گالے قرنیہ کے سامنے آکر بینائی میں ایک قسم کے رنگین ہالے پیدا کرتے ہیں۔ کیوں کہ ان کی وجہ سے عارضی منشوری کیفیت پیدا ہو جاتی ہے اور سفید روشنی مختلف رنگوں میں تقسیم ہو کر آنکھ میں داخل ہوتی ہے۔ ان رنگین ہالوں کو آنکھ کی بعض خطرناک بیماریوں میں پیدا ہونے والے ہالوں سے تمیز کرنا ضروری ہے (مثلاً زرق الماء وغیرہ)

یہ مخاطی رطوبت پہلے پہل مخاطی ہوتی ہے۔ پھر رفتہ رفتہ صدیدی صورت اختیار کرتی ہے۔ شروع شروع میں مخاطی پیپ کو دیکھ کر طلباء دھوکا کھاتے ہیں اور اس کو خالص پیپ سمجھتے ہیں۔ مخاطی ہوئی صدیدی رطوبت کے گالے آنکھ کے اندرونی حصیم پر پلکوں کے بالوں کے درمیان پائے جاتے ہیں۔ طاقی اور مقلی ملتحمہ پر زرد رنگ کی یا نیم شفاف رطوبت ملتی ہے۔ صدیدی رطوبت کی صورت میں خشک شدہ پیپ کے کھرنڈ دونوں طرف کے حصیموں پر پلکوں کے بالوں کے درمیان پائے جاتے ہیں اور جب اجفان کو ایک دوسرے سے علیحدہ کیا جائے تو آنکھ کے اندر سے پیپ نکلتی ہے۔ تیسرے یا چوتھے روز مرض بہت شدید ہو جاتا ہے اگر اس وقت علاج نہ کیا جائے تو یہی حالت مزمن صورت اختیار کر لیتی ہے۔ اس التہاب میں دوسری ساختیں شاذ و نادر ہی شریک ہوتی ہیں۔ مگر جب قرنیہ کی سطح پر کسی قسم کی رگڑ لگ جائے تو قرنیہ میں جراثیم داخل ہو کر قرحہ پیدا کر دیتے ہیں۔ بعض اوقات قرنیہ کے محیطی حصص میں قروح نمودار ہو جاتے ہیں کمزور اور بوڑھے اشخاص میں مناسب علاج نہ ہونے کی وجہ سے یہ قروح پیدا ہوتے ہیں۔ کبھی اس التہاب کے ساتھ التہاب ملتحمہ بثری بھی پایا جاتا ہے۔

تشریح مرضی۔ مخاطی صدیدی التہاب ملتحمہ عموماً عصا کاخ ویک کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ عصا باریک

ہوتے ہیں اور ان کی لمبائی مختلف ہوتی ہے۔ معمولی قلوی (Basic) رنگوں مثلاً ماہر لافلر کے میتھے لین بلیو رنگ سے یہ عصوی جراثیم رنگ کو قبول کرتے ہیں "گرام کے طریق پر اگر ان کو رنگا جائے تو ان پر کوئی رنگ نہیں چڑھتا یعنی یہ منفی گرام ہوتے ہیں۔ صدیدی خلیات میں ان جراثیم کے ہلاک شدہ گروہ کی موجودگی تشخیص کے لئے اہم نکتہ ہے۔ یہ عصبی جراثیم خشک کرنے پر جلد تباہ ہو جاتے ہیں بعض اوقات ان سے وبائی طور پر بچوں میں نزلی التہاب ملتحمہ پیدا ہو جاتا ہے۔ اس مرض کا ایک سلسلہ کچھ دنوں کے لئے مناعت پیدا کر دیتا ہے۔ مگر یہ بھی یاد رہے کہ صرف مذکورہ جراثیم اس بیماری کا باعث نہیں ہوتے بلکہ ان کے علاوہ دوسرے جراثیم سے بھی یہ مرضی حالت پیدا ہوتی ہے۔ کرویات زوجیہ اس مرض کو پیدا کرتے ہیں جو کرویات ذات الریہ سے مشابہ ہوتے ہیں۔ ان جراثیم سے انگلستان میں خصوصیت کے ساتھ یہ مرض پیدا ہوتا ہے۔ جس التہاب ملتحمہ کا باعث کرویات ذات الریہ ہوتے ہیں اگرچہ وہ دوسرے جراثیم سے پیدا ہونے والے التہاب سے بحیثیت مرض کسی طرح مختلف نہیں ہوتا۔ تاہم چند خصوصیات اس میں ایسی پائی جاتی ہیں جن کو یاد رکھنا چاہیے۔

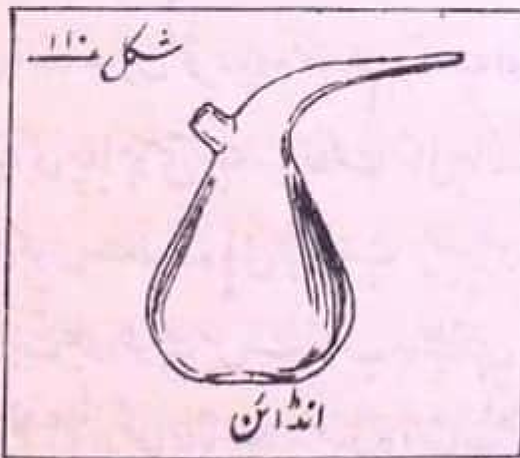
اس التہاب میں ملتحمہ زیادہ متورم ہوتا ہے اور جابجا اس میں نزفی نقطے پائے جاتے ہیں۔ ان کے علاوہ ملتحمہ پر غشاء کاذب بھی پیدا ہو سکتی ہے۔ یہ حالت شمالی ممالک میں سردی کے زمانہ میں خصوصیت کے ساتھ بہت عام ہوتی ہے۔ جوانوں میں بچوں سے زیادہ پائی جاتی ہے۔ یہ پھیپھڑوں کے نمونیائی مرض کی طرح بحران کے ساتھ ختم ہوتی ہے جس کے بعد جراثیم بہت جلد رطوبت میں سے غائب ہو جاتے ہیں۔ عموماً اس کے ساتھ نزلہ بھی پایا جاتا ہے۔ اور کبھی کبھی اس کے بعد یا اس سے قبل بھی دیکھا جاتا ہے۔ عنبیہ کا التہاب نتیجہ کے طور پر شاذ و نادر پیدا ہوتا ہے اور جب پیدا ہوتا ہے تو جراثیمی سمیت کا انجذاب اس کا باعث بنتا ہے۔ عصار انفلوانزا جس کو ہم کانخ وکیس جراثیم سے شکل کے ساتھ تمیز کر سکتے ہیں وہ بھی انفلوانزا کے زمانہ میں ایسا ہی التہاب پیدا کرتا ہے۔ اگر انفلوانزا کے زمانہ میں انفلوانزا کی وبا بھی پھیلی ہوئی ہو تو خصوصیت کے ساتھ ان جراثیم سے یہ التہاب پیدا ہوتا ہے اور جوانوں کے اعتبار سے بچوں میں زیادہ پایا جاتا ہے۔

بثری التہاب ملتحمہ کے ساتھ جب مخاطی صدیدی التہاب ملتحمہ پایا جائے تو اس کا سبب کرویات عنقودیہ طلائی (Staphylo coccus aure) کو سمجھنا چاہیے۔ اسی طرح التہاب جفنی اور جلدی اکزیما کی حالت میں یہ جراثیم

التہاب ملتحمہ بھی پیدا کر سکتے ہیں۔ اخراج عدسہ کے جرحی عمل کے بعد بھی ان جراثیم کی وجہ سے التہاب ملتحمہ پیدا ہو سکتا ہے۔ گرد و غبار کی وجہ سے خراش کی صورت میں ملتحمہ کے اندر عنقودی جراثیم شدت کا التہاب پیدا کرتے ہیں۔ اگر التہاب ملتحمہ کا سبب کوئی دوسرے جراثیم ہوں لیکن ان کے اندر عنقودی جراثیم بھی شامل ہو جائیں تو مریض کی تکلیف بہت بڑھ جاتی ہے۔ مذکورہ جراثیم کے علاوہ دوسرے جراثیم بھی حاد التہاب میں پائے گئے ہیں۔ مگر اب تک یہ نہیں ثابت ہو سکا کہ وہ مخصوص حالتیں ان ہی جراثیم کا نتیجہ تھیں۔ اسی لئے ان کو یہاں نظر انداز کیا جاتا ہے۔

کبھی خسرہ اور حمی قرمزیہ کے ساتھ ساتھ یہ التہاب پایا جاتا ہے۔ یہی حالت بعض اوقات مصنوعی تالابوں میں نہانے والوں کی آنکھ میں پائی جاتی ہے۔

علاج۔ اس کا سب سے بہتر علاج یہ ہے کہ آنکھ کو سیمابی محلول (Hydrargyri perchloride) جس کی طاقت ... میں ایک ہو اس سے دھویا جائے۔ استعمال سے پہلے اس محلول کو گرم کر کے تھوڑا پانی ملا لیا جائے۔ صرف اجفان ہی کو اس محلول سے دھو دینا کافی نہیں بلکہ ملتحمی کیس کو پوری طرح اندر سے دھونا چاہئے جس کے لئے ایک انڈائن (Undine) کی ضرورت پڑتی ہے۔ دھونے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ اجفان کو پلٹ کر اوپر کچھ فاصلے سے اس محلول کو دھار کے ساتھ گرایا جائے اور کوشش کی جائے کہ ہر جگہ پر یہ محلول پہونچ جائے۔ انڈائن کا سرا کسی صورت میں ملتحمہ سے نہ چھو جائے اس کے بعد مریض کو ہدایت کر دی جائے کہ وہ آنکھ کو مغسل چشم میں دھوتا رہے۔



انڈائن



مغسل چشم

اگر مریض بچہ ہو تو والدین کو اس امر کی ہدایت کی جائے کہ وہ بچہ کو لٹا کر اس کی جفنوں کو متقلۂ عین سے ہٹائے رکھیں اور محلول میں مطہر روئی تر کر کے اس کے ذریعہ آنکھ میں اس محلول کو ڈالیں۔ اسی طریقہ سے آنکھ کو اس وقت تک دھوتے رہیں جب تک کہ آنکھ کے اندر سے تمام رطوبت دھل نہ جائے۔ محلول کو گرم کرنے کے لئے اس کی بوتل گرم پانی میں رکھ دیں یا اس میں ابالا ہوا گرم پانی نصف مقدار میں ملا دیں۔

محلولات چشم کا عمل اسی صورت میں عمدہ ہو سکتا ہے جب کہ وہ متعدد بار استعمال کئے جائیں اور ہر مرتبہ آنکھ کے اندر سے مرضی رطوبات کو صاف کر دیا جائے۔ اگر ایسا کیا جائے تو بورک محلول بھی اتنا ہی مفید ہے جتنا کہ سیمابی محلول بلکہ مزید فائدہ اس کے اندر یہ ہے کہ یہ کم مخرش ہے۔ مطہر ویزلین یا بورک مرہم اجفان کے کناروں پر اچھی طرح لگا یا جائے تاکہ وہ آپس میں چپک نہ جائیں۔ روزانہ رات میں بستر پر جانے سے پہلے اور سونے کے قبل اس عمل کو کیا جائے اس سے دو فائدے ہوتے ہیں۔

ایک تو آنکھ کے اندر رطوبت جمع نہیں ہونے پاتی۔ جس کی وجہ سے درد کم ہوتا ہے۔ اور دوسرے صبح کے وقت آنکھ کھولنے میں کوئی دقت پیش نہیں آتی۔

التہاب حاد کی صورت میں آنکھ پر پٹی نہ باندھی نہ جائے۔ کیونکہ پٹی کے باندھنے سے رطوبت کے اخراج میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے اگر آنکھ میں روشنی سے چوند لگتی ہو تو رنگین عینک استعمال کی جائے۔ یا کپڑے کا حجاب منحنی (Shade) استعمال کیا جائے۔

اگر باقاعدہ علاج کو جاری رکھا جائے تو چند روز میں مریض اچھا ہو جاتا ہے۔ کامیابی کی صورت میں مواد کا اخراج کم ہو جاتا ہے جب حسب منشار بڑھتا ہوا فائدہ معلوم نہ ہو یا مریض کے تیماردار قابل اعتماد نہ ہوں۔ اور مواد کی مقدار کم ہو رہی ہو تو اجفان کو پلٹ کر روزانہ ایک مرتبہ دو فیصدی (ایک اونس میں ۱۰ گرین) کی طاقت کا کاشک لوشن لگایا جائے۔ اس سے زیادہ طاقت کے محلول کا استعمال مناسب نہیں ہے۔ اور اگر اس سے کم طاقت کا محلول استعمال کیا جائے تو رطوبت دمعی اس کو متعادل کر دیتی ہے۔ پلٹی ہوئی اجفان پر کاشک لگانے کے لئے ذیل کا طریقہ اختیار کریں۔

شیشے کی لمبی پنسل جس کے دونوں سرے پتلے ہوں لے کر اس کے ایک سرے کو محلول میں بھگولیں اور مطہر روئی

کا پتلا گالا اس پر لپیٹ کر پھریری بنالیں اسی طرح دوسری طرف بھی پھریری بنالیں۔ اس کے بعد مریض کو چت لٹا کر اجفان کو پلٹ لیں۔ اور ملتحمہ پر اچھی طرح کاسٹک لگاویں۔ عام طور پر نمکین محلول سے فالتو دوا کو متعادل کر دینا چاہیئے یا اس کو مطہر روئی کے گالے سے خشک کریں۔ اگر دونوں آنکھیں خراب ہوں تو دوسری آنکھ میں بھی اسی طرح کاسٹک لگاویں۔ شیشے کی بنس دستیاب نہ ہوسکے تو معمولی دیا سلائی کی لکڑی استعمال کر سکتے ہیں۔ یا بانس کی تیلیاں بنا کر کام نکال لیں۔ شیشے کی بنس اگر استعمال کی جائے تو دوبارہ استعمال کے قبل اس کو مطہر کر لینا چاہیئے۔ اونٹ کے بالوں کا برش کبھی استعمال نہ کریں کیونکہ اس کو مطہر کرنا مشکل ہے۔ پہلے یہ برش استعمال کیئے جاتے تھے۔

کاسٹک کے ایک مرتبہ استعمال کرنے کے بعد حالت بہتر ہو جاتی ہے۔ اگر کسی مریض کی آنکھ کا مواد معالج یا کسی دوسرے شخص کی آنکھ میں پڑ جائے تو فوراً کاسٹک لگانا حفظ ما تقدم کا بہترین اصول ہے۔ کاسٹک کے علاوہ چاندی کے دوسرے مرکبات مثلاً پروٹارگول آرجی رول وغیرہ ۵۔۰ سے ۲۵ فیصدی تک طاقت کے محلول کی صورت میں بھی اس حالت میں استعمال کیئے جا سکتے ہیں۔ مگر یہ محلولات کاسٹک کے مقابلہ میں کم مفید ہوتے ہیں۔ یہ ضرور ہے کہ کاسٹک کے مقابلہ میں ان کے استعمال سے تکلیف کم ہوتی ہے۔ کاسٹک کا اثر یہ ہوتا ہے کہ وہ سطحی بشرہ میں خراش پیدا کرتا ہے اور مخاطی صدیدی رطوبت کو منجمد کر دیتا ہے۔ پھر سفید نیلگوں بشری تہ آہستہ آہستہ الگ ہو جاتی ہے جب تک یہ سلسلہ جاری رہتا ہے ایسا معلوم ہوتا ہے کہ آنکھ کے اندر کوئی چیز پڑ گئی ہے۔ اگر تھوڑی دیر جفن کو پلٹے رہیں اور رطوبت کے گالوں کو نرمی کے ساتھ الگ کر دیں تو یہ تکلیف بھی کم ہو جاتی ہے۔ کاسٹک خود قاتل جراثیم نہیں۔ مگر رطوبت کو منجمد کر دیتی ہے۔ جس میں جراثیم پھنس جاتے ہیں اور اس کے ساتھ الگ ہو جاتے ہیں۔ اس کے علاوہ کاسٹک لگانے کے بعد طبعی ردعمل رونما ہوتا ہے۔ احتقان دموی بڑھ جاتا ہے اور نسیجوں میں مصل کی مقدار زیادہ ہو جاتی ہے۔ چونکہ مصل دموی کے اندر قاتل جراثیم اور تریاقی اجزاء ہوتے ہیں اس لئے وہ جراثیم کے قلع قمع کرنے میں مدد دیتے ہیں۔ بیماری سے اچھا ہو جانے پر عموماً ملتحمہ طبعی حالت پر لوٹ آتا ہے۔ اگر مناسب احتیاط نہ لی جائے تو مزمن کیفیت پیدا ہو جاتی ہے جس کے واسطے حابس ادویہ کا استعمال ضروری ہوتا ہے چونکہ یہ مرض متعدی ہوتا ہے اس لئے اس کے انسداد کی تمام تدابیر اختیار کی جائیں۔ مریض کو چاہیئے کہ اپنے ہاتھوں کو صاف رکھے۔ اور اس کے تولیہ یا رومال کو کوئی دوسرا شخص استعمال نہ کرے۔ نسخہ جات آخر میں ملاحظہ ہوں۔

صدیدی التہاب ملتحمہ
Purulent Conj.

صدیدی التہاب ملتحمہ یا التہاب ملتحمہ سوزاکی زیادہ خطرناک حالت رکھتا ہے اس کی دو صورتیں پائی جاتی ہیں۔ بچوں میں فوراً پیدائش کے بعد (رمد مولودی) اور جوانوں میں بھی پایا جاتا ہے۔ جو اکتسابی ہوتا ہے

التہاب ملتحمہ سوزاکی یا رمد سوزاکی
Gonorrhoeal Conj

یہ مرض جوانوں کے لئے بچوں سے زیادہ خطرناک ہوتا ہے۔ سوزاک کا مرض انسانوں میں جس قدر عام ہے اس کے لحاظ سے آنکھ میں اس کا عدوی بہت کم ہوتا ہے یعنی ۷۰۰ یا ۸۰۰ سوزاکی مریضوں میں سے صرف ایک کو سوزاکی ہوتی ہے یہ علامتیں سوزاکی عدوی سے پیدا ہوتی ہیں۔ قانونی طب میں ایسے مریضوں کا ذکر پایا جاتا ہے جو قانونی چارہ جوئی ایسی صورت میں کرتے ہیں جب کہ کسی دوسرے شخص کی غلطی سے ان کو عدوی پہونچ جائے۔ لہٰذا یہ یاد رکھنا چاہئے کہ یہی علامتیں کرویات عقدیہ۔ عصار خناق وبائی اور مشترک عدوی سے پیدا ہو سکتی ہیں۔ اس کی تشخیص کے لئے پیپ کا خوردبینی معائنہ کرنا چاہئے۔

کرویات سوزاکی شکل میں پاؤ روٹی (Bun) سے ملتے جلتے اور منفی گرام ہوتے ہیں۔ پیپ کے خلیات کے اندر پائے جاتے ہیں۔ یعنی کریات بیضا اور خلیات بشری کے اندر ہوتے ہیں۔ بعض اوقات کرویات نزلی اور کرویات سحائی بھی ملتحمہ میں ملتے ہیں۔ مگر یہ زوجی نہیں ہوتے۔ ان کی کاشت آسان ہوتی ہے اور ان کو وڈال (Widal) کے تفاعل کے ذریعہ بھی تشخیص کیا جا سکتا ہے۔ کرویات نزلی حاد حالت میں شاذ و نادر ہی پائے جاتے ہیں۔ عموماً مزمن حالت یا ایسی ردی کیفیات میں جو عمل جراحی کے بعد رونما ہوتی ہیں ملتے ہیں۔

ملتحمہ میں تعدی ان جراثیم سے ہوتی ہے۔ جو سوزاکی اعضار تناسل سے آنکھ میں منتقل ہوتے ہیں۔ مردوں میں یہ مرض عورتوں سے زیادہ پایا جاتا ہے۔ چونکہ دائیں ہاتھ کی انگلیاں، اعضار تناسل سے لگنے کے بعد عموماً غلطی سے آنکھ میں لگائی جاتی ہیں۔ اس لئے عموماً اس مرض کی ابتدا دائیں آنکھ سے ہوتی ہے مگر مسلمانوں میں عموماً پہلے بائیں آنکھ ماؤف ہوتی ہے۔ سوزاک کی پیپ رومال اور تولیہ سے بھی آنکھ میں لگ سکتی ہے حاملہ عورت کو اگر سوزاک ہو تو ولادت کے وقت بچے کی آنکھ میں سوزاکی پیپ لگ سکتی ہے۔ اور تیمارداروں سے بھی سوزاکی عدوی بچے کی آنکھ میں پہونچ سکتا ہے۔

جوانوں میں ملتحمہ کا ورم بچوں سے زیادہ ہوتا ہے۔ اور پیپ بہت زیادہ مقدار میں خارج ہوتی ہے۔ قرنیہ بھی بہت جلد مشارکت کے طور پر ماوف ہو جاتا ہے۔ عوارض جسمانی مثلاً بخار وغیرہ بھی اس کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔ مریض اپنے آپ کو مضمحل محسوس کرتا ہے۔ ملتحمہ ورم کی وجہ سے قرنیہ کے چاروں طرف دیوار کے مانند اٹھ جاتا ہے اور قرنیہ اس کے درمیان کٹوری کے پیندے کے مانند دکھائی دیتا ہے۔ قرنیہ کا مناسب تغذیہ نہ ہونے کی وجہ سے اس میں قروح نمودار ہو جاتے ہیں اور بعض اوقات قرنیہ بالکل گل جاتا ہے اور آنکھ خراب ہو جاتی ہے۔

اس مرض کی مدت حضانت چند گھنٹوں سے لے کر تین دن تک ہوتی ہے اس میں بالائی جفن بہت زیادہ متورم ہو کر نیچے کو لٹک جاتی ہے اور اس کے کنارے پر پیپ لگی ہوتی ہے۔ اس کو پلٹنا مشکل ہوتا ہے اور بعض اوقات بالکل ناممکن ہو جاتا ہے اور اگر کسی طرح پلٹ کر دیکھ سکیں تو جفنی ملتحمہ کا رنگ گہرا سرخ ہوتا ہے اور اس میں مخملی کیفیت پائی جاتی ہے۔ شاذ و نادر اس پر غشاء کاذب بھی پیدا ہو جاتی ہے۔ بعض اوقات زردی یا صدیدی مواد کے بجائے مصلی رطوبت ملتی ہے۔ اس قسم کی رطوبت اس وقت خاص طور پر ملتی ہے جب کہ عقدی کرویات اس کا باعث ہوں۔ درد بہت زیادہ ہوتا ہے۔ کان کے سامنے کا لمفاوی غدہ پھول جاتا ہے اور اس میں درد و تالم کا احساس ہوتا ہے۔ کبھی کبھی اس کے اندر تقیح بھی ہو جاتا ہے۔

دو یا تین ہفتے کے بعد صدیدی رطوبت کم ہو جاتی ہے اور تحت الحاد التہاب ملتحمہ جس میں حویصلی دبازت پائی جاتی ہے عرصہ تک قائم رہتا ہے۔ اس حالت میں بھی اس کے اندر کرویات سوزاکی پائے جاتے ہیں۔ گویا اس وقت تک اس کا عدوی دوسروں تک منتقل ہو سکتا ہے۔ اس صورت میں باقاعدہ علاج جاری رکھنا ضروری ہے۔ اس سوزاکی حملہ سے مناعت نہیں پیدا ہوتی۔

سوزاک کی موجودگی تشخیص کے لئے زبردست علامت ہے اور اس امر کی قوی دلیل ہے کہ یہ حالت سوزاکی ہے خصوصاً جب کہ ایک آنکھ اور وہ بھی بائیں ماوف ہو لیکن اس یقینی تشخیص کے باوجود یہ مناسب ہے کہ پیپ کا جراثیمی معائنہ گرام کے طریقہ سے سلائڈ کو رنگ کر خوردبین کے ذریعہ کر لیا جائے اور اس کے بعد تشخیص کو کامل یقین کے ساتھ متعین کر کے علاج شروع کیا جائے۔ انذار مرض کے متعلق اس امر کا خطرہ ہوتا ہے کہ جو آنکھ ماوف ہے اس کی بینائی زائل اور اس آنکھ کا عدوی دوسری تندرست آنکھ میں نہ پہونچ جائے۔

اس مرض میں ہمیشہ قرنیہ کے عوارض پیدا ہوتے ہیں اور ان ہی کی وجہ سے اندھاپن لاحق ہو جاتا ہے۔ نتیجہ کے طور پر تمام قرنیہ میں سحابی خاکستری زردی مائل نقاط پیدا ہو جاتے ہیں۔

سطحی بشرہ میں بلا واسطہ کرویات سوزاکی کے حملہ کی وجہ سے مختلف مقامات مردہ ہو جاتے ہیں اور اُن کے الگ ہونے سے وہاں پر قروح پڑ جاتے ہیں۔ قرنیہ کے چاروں طرف متورم ملتحمہ کے اُٹھے ہوئے ہونے کی وجہ سے اس کے نیچے پیپ جمع ہو جاتی ہے۔ اور اس پیپ کی وجہ سے تمام قرنیہ کے کناروں پر قرحے پڑ جاتے ہیں۔ یہ قروح شروع ہونے کے ساتھ ہی بہت جلد چاروں طرف گہرائی میں بڑھنے لگتے ہیں۔ کیوں کہ نسیجوں کے اوپر کا بشرہ ضایع ہو جاتا ہے جس سے نظام مدافعت کا پہلا سپاہی فوت ہو جاتا ہے۔ اسی لئے قرنیہ میں عموماً سوراخ ہو جاتے ہیں اور اس کے ساتھ تمام وہ خطرات پیدا ہو جاتے ہیں جو اس کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ دوران مرض میں قروح دیر کے بعد پیدا ہوں تو زیادہ خطرناک نہیں ہوتے۔

اس کے معائنہ اور علاج میں بہت احتیاط برتی جائے تاکہ قرنیہ کو کسی قسم کا صدمہ نہ پہونچے بعض اوقات ناخن سے خراش پیدا ہو سکتی ہے۔ اور روئی کی پھریری کو بھی سختی کے ساتھ استعمال کرنے سے تکلیف پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ پیپ میں بکثرت کرویات سوزاکی کی موجودگی سے قروح کے جلد پیدا ہونے کا خطرہ رہتا ہے۔

عنبیہ وجسم ہدبی کا التہاب اپنے طرح طرح کے عوارض کے ساتھ باوجود قرنیہ میں سوراخ نہ ہونے کے بھی پیدا ہو جاتا ہے جس کی وجہ سے بینائی میں بہت زیادہ خرابی واقع ہو جاتی ہے۔ التہاب مفصلی سوزاکی بھی اس کے بعد پیدا ہو سکتا ہے اور التہاب بطانۃ القلب نیز تسمم الدم کے لاحق ہونے کا بھی امکان ہے۔

علاج سب سے پہلے تندرست آنکھ کو بچانے کی تدبیریں کی جائیں جس کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ ماہر بکر کا شیلڈ لگا دیا جائے۔ اس کی صورت یہ ہو کہ گھڑی کے شیشے کو آنکھ پر لگانے کے بعد اس کے چاروں طرف چپکنے والا پلاسٹر لگا کر جلد سے چپکا دیتے ہیں اور اس کے نیچے باہر کی طرف ربر کی چھوٹی سی نلکی لگا دیتے



شکل ۱۱۲

ہیں تاکہ ہوا کی آمد و رفت کا راستہ قائم ہے اگر ایسا نہ کیا جائے تو شیشے کے اوپر بخاری کیفیت ظاہر ہو جاتی ہے جس کی وجہ سے صاف دکھائی نہیں دیتا۔ اس کے علاوہ آنکھ کے اندر خراش بھی بڑھ جاتی ہے مذکورہ شیلڈ کو ناک کی طرف خاص طور پر قائم کرنا چاہیئے تاکہ اس طرف سے ماؤف آنکھ کی کسی قسم کی رطوبت تندرست آنکھ میں نہ پہونچ سکے۔ مریض کو ہدایت کر دی جائے کہ جس طرف کی آنکھ ماؤف ہے اسی طرف کی کروٹ پر لیٹا رہے۔ اگر دونوں آنکھوں میں یہ مرضی حالت پیدا ہو جائے تو دونوں کے لئے مختلف سامان علیحدہ علیحدہ ہونا چاہیئے۔ ورنہ ایک آنکھ کا شدید عدوی دوسری آنکھ میں پہونچ کر اس کو خراب کرے گا۔ آنکھ کے دھونے اور پٹی وغیرہ کے لگانے میں اس امر کا خیال رکھیں کہ جس آنکھ کی حالت نسبتاً بہتر ہے اس کو پہلے دھویا جائے اور پہلے پٹی لگائی جائے۔

اگر مریض کی آنکھ کی رطوبت اچھل کر معالج کی آنکھ میں پڑ جائے تو فوراً اجفان کو ہٹا کر آنکھ کو سیمابی کلورائڈ Mercury chloride محلول سے بخوبی دھویا جائے اور اس کے بعد فوراً اجفان کو پلٹ کر کاشک لگا دیا جائے اور چند روز تک آنکھ کو دیکھتے رہیں۔ مگر اس وقت تک کوئی علاج نہ شروع کریں جب تک کوئی مرضی کیفیت نہ پیدا ہو یہ حادثہ ہمیشہ معالجین کی بے احتیاطی سے رونما ہوتا ہے۔ سوزاکی التہاب ملتحمہ کا علاج ہر معالج کو عینک لگا کر کرنا چاہیئے۔

اگر مرض ترقی پذیر ہو اور مواد کا اخراج کافی ہوتا ہو تو دن میں ہر دو گھنٹہ کے بعد اور رات کو ہر چار گھنٹہ کے بعد دھونا چاہیئے۔ اس مصرف کے لئے طبعی طاقت کا نمکین گرم محلول استعمال کیا جائے یا بورک محلول یا سیمابی پرکلورائڈ محلول جس کی طاقت ۵۰۰۰ میں ایک ہو اس کو بھی استعمال کر سکتے ہیں اور دھونے کے بعد برف سے سرد کئے ہوئے پانی سے آنکھ پر پٹی لگائی جائے مگر یہ خیال رہے کہ پٹی نہایت ڈھیلی اور ہلکی باندھیں۔ تاکہ آنکھ کے اندر رطوبت نہ جمع ہو جائے مریض کو تاکید کر دی جائے کہ بستر پر آرام سے لیٹا رہے۔ اگر مریض لکھا پڑھا سمجھ دار ہو اور معالج کی ہدایات پر عمل کر سکے تو محلول سے دھونے کے بعد آنکھ کو خوب ٹھنڈے مطہر پانی سے خود دھوئے کیونکہ ٹھنڈے پانی سے دھونے پر مریض کو بڑا آرام ملتا ہے۔ مگر ہمارا خیال ہے کہ گرم تکمید اس سے بہتر اور زیادہ مفید ہے۔

ملتحمہ پر چاندی کے مرکبات کے لگانے سے سب سے زیادہ فائدہ ہوتا ہے۔ ان مرکبات کو احتیاط کے ساتھ استعمال کرنا چاہیئے۔ سوزاکی التہاب میں ان کو اس لئے استعمال کیا جاتا ہے کہ کروبات سوزاکی خلیات کے اندر ملتے



۱



۲



۳

(۱) آنکھ پر گھڑی کا شیشہ لگاکر قائم کرنے کا طریقہ ۔

(۲) اجفان کو پلٹ کر خراب قسم کے دانوں کو دکھایا گیا ہے ۔

(۳) خراب قسم کی رمد حبیبی جس میں اجفان دبیز ہوگئے ہیں ۔

ہیں اور یہ ہم پہلے بتا چکے ہیں کہ ملتحمہ پر کاسٹک لگانے سے سطحی بشری خلیات ضایع ہو جاتے ہیں۔ ان ہی خلیات کے اندر گرویات سوزاکیہ پائے جاتے ہیں گویا کہ ان خلیات کے رفتہ رفتہ الگ ہونے پر جتنے جراثیم ہوتے ہیں وہ بھی آنکھ سے الگ ہو جاتے ہیں۔

اگر کوئی خاص امر مانع نہ ہو تو اجفان کو پلٹ کر ان پر بخوبی کاسٹک لگایا جائے اس کاسٹک محلول کی طاقت ۲ فیصدی (۱۔ اونس میں۔ ۱۰ گرین) ہو مگر ایک دن میں ایک ہی مرتبہ اس کو استعمال کیا جائے۔ اس امر کا بھی خیال رکھیں کہ کاسٹک لگانے میں کسی قسم کی تکلیف یا صدمہ آنکھ کو نہ پہونچے۔

جب تک پوری طرح رطوبت کا اخراج شروع نہ ہو جائے اس وقت تک کاسٹک نہ لگایا جائے۔ اسی طرح آخری مدارج میں جب کہ ورم میں سختی پیدا ہو جائے اور آنکھ سے رطوبت بہت کم نکلے تو اس وقت بھی اس کا استعمال مناسب نہیں ہے کیونکہ ان حالات میں دوران خون میں اس قدر سکون ہوتا ہے کہ ردعمل کافی نہیں رونما ہوتا۔ اور کاسٹک انسجہ کو مردہ کر دیتا ہے ان حالات میں ان انسجہ کو مردہ ہونے سے بچانا ہمارا پہلا فرض ہے۔ لہذا ایسی صورتوں میں بجائے کاسٹک لگانے کے تکمیدات سے کام لیا جائے اور جونکیں لگوائی جائیں۔ جونک لگوانے کی بہترین جگہ آنکھ کے باہر کے کوئے کے پاس ذرا باہر کی طرف ہٹ کر صدغی مقام ہے۔ اگر اجفان بہت زیادہ کھنچی ہوئی اور منقبض ہوں تو باہر کے کوئے کو کاٹ دینا چاہیئے (Canthoplasty) بیرونی حقیم کو کاٹ دینے سے کچھ خون نکل جاتا ہے جس سے فائدہ پہونچتا ہے کیونکہ آنکھ کے اندر کی رطوبت یا مواد کو باہر نکلنے میں آسانی ہوتی ہے۔

بعض ماہرین نے بتایا ہے کہ اگر متورم ملتحمہ پر باریک باریک اور لمبے لمبے شگاف دئے جائیں تو ان سے بڑا فائدہ ہوتا ہے۔ میرے خیال میں ضرورت کے وقت ایسا کرنا چاہیئے۔ قرنیہ کے چاروں طرف ملتحمہ کے ابھار کو جو چاروں طرف سے قرنیہ کو گھیرے ہوتا ہے۔ کاٹ کر الگ کر دینے سے بھی فائدہ ہو سکتا ہے مگر اس کے کاٹنے میں کوکین محلول کے استعمال کی ضرورت ہوتی ہے لیکن کوکین کا محلول قرنیہ کے بشری طبقے پر برا اثر رکھتا ہے یعنی اس کی قوت حیات کو کم کر دیتا ہے جس کی وجہ سے جراثیمی حملہ کے بعد اس کے اندر فوراً قروح نمودار ہو جاتے ہیں۔ لہذا اس کے متعلق غور و فکر کے بعد فیصلہ کرنا چاہیئے۔ بعض ماہرین کا تجربہ ہے کہ سیمابی مرکبات کو جسم پر ملنے یا کیلومل خفیف مقدار میں کھلانے سے فائدہ ہوتا ہے اور ملتحمہ کا ورم کم ہو جاتا ہے۔

ماہر رومر کا خیال ہے کہ آنکھ کے اندر سوزاکی فادیتمنی مصل ڈالنے سے قہری مناعت پیدا ہو جاتی ہے۔ جراثیم کی سمیت متعادل ہو جاتی ہے اور تکلیفات میں کمی آ جاتی ہے خشک فادیمین اگر مل سکے تو اس کا سفوف آنکھ کے اندر چھڑکا جائے یا طبعی نمکین سیال میں اس کا ایک فیصدی طاقت کا محلول بنا کر اس سے آنکھ کو خوب دھویا جائے سوزاکی ویکسین کی تلقیح عموماً بیکار ثابت ہوتی ہے۔ "گنوریل فائی لاکوجن" کو خفیف مقدار میں زیر جلد بازو کے اوپر تلقیح کرنے سے بہت فائدہ مترتب ہوتا ہے۔ پہلے روز ۲ر سی سی دوسرے روز ۳ ر سی سی تیسرے روز ۴ر سی سی تلقیح کی مقدار ردعمل کے مطابق متعین کی جائے اور ہفتہ میں ایک پچکاری دودھ یا (Aolan) کی لگائی جائے دودھ کی پہلی مرتبہ ۲ سی سی پانچ روز کے بعد ۳ سی سی پھر پانچ روز کے بعد ۵ سی سی اور راولان کی مقدار پہلی ۸ سی سی اور دوسری۔ ۱۰ سی سی پھر اسی کو مکرر ۱۰ – ۱۰ سی سی دیا جائے۔

عام صحت کی طرف توجہ کی جائے مسہل دے کر آنتوں کو صاف رکھا جائے۔ عمدہ غذا مقوی دوا۔ اور بطور دوا کے انگوری شراب بھی نہایت خفیف مقدار میں ایک چمچہ یا دو چمچہ دواً دی جائے بشرطیکہ کوئی ضرورت محسوس ہو۔ غرضیکہ ہر ممکن طریقے سے مریض کی طاقت کو قائم رکھنے کی کوشش کی جائے۔ خواب آور (منوم) دوائیں دی جائیں۔ عام اصول کے مطابق مسکنات استعمال کرائیں۔ اگر مریض ضعف کی شکایت کرے تو مناسب تدارک کیا جائے۔

مرض کے آخری مدارج میں جب صدیدی رطوبت کا اخراج بند ہو جائے تو کاسٹک کا استعمال زیادہ وقفہ کے ساتھ جاری رکھا جائے اور اس کے بعد حابس محلولات استعمال کئے جائیں۔ قرنیہ ماؤف ہو تو ایٹروپین آنکھ میں ضرور ڈالی جائے۔ چونکہ قرنیہ کے ماؤف ہونے کے ساتھ التہاب عنبیہ ضرور ہوتا ہے لہٰذا توترعین کا خیال رکھیں کہ کہیں بڑھ نہ جائے۔ قرنیہ کے عوارض کا علاج نہایت مستعدی سے کرنے کی ضرورت ہے۔

مفصلی التہاب سوزاکی کے ساتھ التہاب ملتحمہ سوزاکی بھی پایا جاتا ہے جس میں خون کے ذریعہ ملتحمہ تک عدوی پہونچتا ہے مگر اس صورت میں ملتحمہ کا التہاب بہت خفیف درجہ کا ہوتا ہے اور دونوں آنکھوں میں پایا جاتا ہے۔ مقامی علاج سے بہت جلد فائدہ ہوتا ہے مفصلی التہاب اگر دوبارہ رونما ہو تو مکرر اسی حالت کا اعادہ ہونا ممکن ہے۔

سوزاکی التہاب ملتحمہ مولودی
ophthalmia neonatorum

بچے کو اس مرض سے بچایا جا سکتا ہے۔ ۵۰ فیصدی اندھے بچوں کے اندھاپن کا سبب یہی ہوتا ہے اور تمام اندھے انسانوں میں سے ۱۰ فیصدی کا ذمہ دار

یہی التہاب ہے ۔ ممالک متحدہ امریکہ میں یہ اندازہ خصوصیت کے ساتھ ٹھیک ہے ۔ مہبلی رطوبت جس میں سوزاکی کرویات موجود ہوں اس سے ولادت کے وقت یہ عدوی بچوں کی آنکھ میں شامل ہوتا ہے اسی طرح میلے کپڑوں سے اگر آنکھ کو صاف کیا جائے تو اُن سے بھی یہ عدوی منتقل ہوتا ہے ۔ اس عدوی کے بعد رمد صدیدی تیسرے روز نمایاں ہوجاتی ہے ۔ اگر اس مدت کے بعد مواد کا ظہور ہو تو سمجھنا چاہیے کہ عدوی پیدائش کے بعد بچے کی آنکھ میں پہونچا ۔

بچّے کی پیدائش کے بعد اگر پہلے ہفتہ میں کسی قسم کی رطوبت آنکھ سے خارج ہو تو اس کو مشکوک سمجھنا چاہیے کیونکہ اس عمر میں رطوبت دمعی کا افراز نہیں ہوتا ۔ اگر سوزاکی عدوی موجود ہو تو بہت جلد رطوبت صدیدی شکل اختیار کرلیتی ہے جو پہلے مخاط ملی ہوئی پیپ سے مشابہ ہوتی ہے ۔ دونوں آنکھوں میں یہ مرض ایک ہی وقت میں پایا جاتا ہے مگر دونوں میں سے ایک آنکھ دوسری سے زیادہ خراب ہوتی ہے ۔ ملتحمہ میں دونوں قسم کا التہاب ہوتا ہے اس کا رنگ شوخ سُرخ اور ملتحمہ متورم ہوجاتا ہے ۔ اجفان کو جب آلہ رافعۃ الجفن سے ہٹاکر دیکھا جائے تو طبقہ قرنیہ ابھرے ہوئے ملتحمہ کے درمیان کٹوری کے پیندے کے مانند نظر آتا ہے مقلی ملتحمہ کے اندر ترشح بہت زیادہ ہوتا ہے اور ورم اس کی نمایاں خصوصیت ہے ۔ ملتحمہ سے پیپ کا اخراج بہت زیادہ ہوتا ہے ۔ اجفان کا پلٹنا ناممکن ہوجاتا ہے ۔ چند روز کے بعد اجفان نرم ہوجاتی ہیں اور آسانی سے پلٹی جاسکتی ہیں ۔ ملتحمہ میں جھریاں پڑجاتی ہیں اور یہ مخملی شکل اختیار کرلیتا ہے ۔ دوران خون میں سکون کے بجائے شدید احتقان پایا جاتا ہے ۔ پیپ کا اخراج بڑھ جاتا ہے ۔ مصل کا بھی ترشح ہوتا ہے اور بعض اوقات خون بھی پایا جاتا ہے ۔

بعض آنکھوں میں کاذب جھلی بھی بن جاتی ہے یہ حالت التہاب خناق وبائی سے بہت مشابہت رکھتی ہے ۔ سوزاکی التہاب ملتحمہ میں قرنیہ کے قروح کا بہت زیادہ خطرہ ہوتا ہے ۔ کرویات زوجی سوزاکی طبعی طاقت والے خلیات بشری کے اوپر حملہ کرکے ان کو تباہ کرسکتے ہیں ۔ بخلاف ان کے معمولی عدوی میں یہ خلیات بڑی حد تک مدافعت کا کام انجام دیتے ہیں اگر قرنیہ میں خفیف سی سحابی کیفیت پیدا ہوجائے تو اس کو مشکوک سمجھ کر مناسب علاج کرنا چاہیے ۔ بسا اوقات بہت جلد قرنیہ پر قروح پیدا ہوجاتے ہیں اور سوراخ ہوجاتے ہیں ۔ معالج کے پاس مریض کے آنے سے پہلے ہی یہ مدارج طے ہوچکے ہوتے ہیں ۔ قرنیہ کے مرکزی حصّہ کے نیچے بیضوی حصّہ پر قرحہ عموماً پہلے نمودار ہوتا ہے ۔ یہ وہ مقام ہے جہاں پر دونوں اجفان کے کنارے آنکھ بند ہونے پر ملتے ہیں ۔ شاذ ونادر جوانوں میں بھی یہ قروح پائے جاتے ہیں ۔ اور مرکزی مقامات

پر بھی ملتے ہیں۔ یہ قروح بہت جلد سطح اور گہرائی میں پھیلتے ہیں۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ ملفاوی دوران میں سکون ہوتا ہے اور تغذیہ پہونچانے والے عروق چاروں طرف سے دباؤ کی وجہ سے تقریباً بند ہو جاتے ہیں جب قرنیہ میں سوراخ ہو تو قرحہ کے درمیان اس مقام پر سیاہ داغ نظر آتا ہے جس میں عنبیہ باہر کو ابھرا ہوا معلوم ہوتا ہے بعض اوقات قرنیہ میں یکایک سوراخ ہو جاتا ہے اور اس کے اندر سے عدسہ جلیدیہ باہر کو نکل پڑتا ہے اور کبھی قرنیہ میں سیاہ سوراخ نظر آتا ہے جس کے اندر رطوبت زجاجیہ بھری ہوتی ہے۔

— آنکھ کے التہاب سوزاکی کے ساتھ شاذونادر مفصلی التہاب بھی شروع ہو جاتا ہے عموماً تیسرے یا چوتھے ہفتہ میں یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ گھٹنے۔ کلائی اور ٹخنے کے جوڑوں میں یہ التہابی حالت پیدا ہوتی ہے۔ شاذونادر کہنی کے مفصل کو بھی ماؤف کرتی ہے۔ مگر خراج کبھی نہیں پیدا ہوتے اور اگر پیدا بھی ہوتے ہیں تو بہت ہی کم۔

مریض بچوں کی آنکھ کا معائنہ کرنے کے لئے معالج کو عینک ضرور استعمال کرنا چاہئے۔ اور معائنہ اسی طریقہ پر کرنا چاہئے جو پہلے بیان کیا جا چکا ہے۔ اجفان کو الگ الگ کرنے کے لئے ماہر ڈسمر کا آلہ رافعۃ الجفن ہمیشہ استعمال کریں ورنہ مقلعین پر خفیف دباؤ پہونچنے سے بھی قرنیہ میں سوراخ ہو جانے کا ڈر رہتا ہے۔

تشریح مرضی - ہر مریض کی آنکھ سے پیپ لیکر اس کا معائنہ کیا جائے ان مریضوں کا التہاب ۶۰ سے ۸۰ فیصدی تک کرویات سوزاکی ہی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ بقیہ ۴۰ فیصدی مریضوں میں عصار قولونی پائے جاتے ہیں اور آنکھ میں براز سے عدوی منتقل ہو کر پہونچتا ہے۔ کرویات عقدیہ سے پیدا ہونے والا التہاب ملتحمہ سوزاکی التہاب ملتحمہ سے زیادہ شدید ہوتا ہے۔ اس میں چونکہ قرنیہ کی حالت مخدوش ہوتی ہے اس لئے نوزائیدہ مریض بچوں کی آنکھ کا جراثیمی معائنہ ضرور کرنا چاہئے۔

اگر قرنیہ میں سوراخ نہ ہو تو شفایاب ہو جانے کے بعد ندبی ساخت بہت پتلی ہے جس کی وجہ سے آنکھ میں سفیدی قائم رہ جاتی ہے۔ بچوں میں یہ سحابی کیفیت (Nebula) باعتبار جوانوں کے زیادہ صاف ہوتی ہے یعنی کم دبیز ہوتی ہے اور اگر قرنیہ میں سوراخ ہو گئے ہوں تو طبقۂ عنبیہ قرنیہ کی پچھلی سطح سے ملتصق ہو جاتا ہے قرنیہ کا کلی یا جزئی مقدم انتفاخ مقدم مرکزی غلافی موتیا بند۔ التہاب کل العین۔ وغیرہ سوزاکی مولودی التہاب ملتحمہ کی وجہ سے پائے جاتے ہیں ان میں سے مقدم انتفاخ قرنیہ بہت عام ہے اگر بینائی کلیۃً ضائع نہ ہو گئی ہو تو کم از کم

بینائی کا اکثر حصہ ضرور ضائع ہو جاتا ہے جس کا سبب قرنیہ کی سحابی کیفیت ہوتی ہے۔ چونکہ بقیہ صفراوی پر بینائی کا قیام پہلے چند ہفتوں میں ظہور پذیر ہوتا ہے اس لئے اس میں خرابی واقع ہوتی ہے۔ بچوں میں رقص العین کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس امر کا بھی امکان ہے کہ رقص العین کی حالت بیماری کے کچھ عرصہ کے بعد پیدا ہو۔

علاج - حفظ ماتقدم کے اصول کی پابندی بہت ضروری ہے۔ اگر حاملہ عورت کے مہبل میں سوزاک کی شکایت ہو تو بچہ کے پیدا ہونے پر اس کی اجفان کو بخوبی صاف کیا جائے اور خشک کرنے کے بعد آنکھ کھول کر اس کے اندر ایک فیصدی کاشک محلول کا ایک قطرہ ڈالا جائے۔ دونوں آنکھوں میں ایسا ہی کیا جائے اور پہلے ہفتہ میں آنکھوں کو بار بار دیکھتے رہیں۔ اگر مرضی کیفیت شروع ہو جائے تو ہر دو گھنٹہ کے بعد اچھی طرح آنکھ کو اندر سے دھو کر اجفان کو پلٹنے کے بعد دو فیصدی طاقت کا کاشک محلول روزانہ لگایا جائے۔ مگر نرس یا معالج بچے کی آنکھ کا معائنہ کرنے اور اس کو دھونے اور دوا لگانے کے وقت اپنی آنکھوں پر عینک ضرور لگالیں۔ آنکھ کو دھونے یا کاشک لگانے میں اس امر کا خیال رکھیں کہ قرنیہ کو بالکل نہ چھوا جائے تاکہ نرم شدہ بشری خلیات کو کسی قسم کا صدمہ نہ پہونچ سکے۔ آرجی رول۔ پروٹار گول اور چاندی کے دوسرے کولائیڈل مرکبات کو کاشک کے بجائے استعمال کیا جائے۔ مگر جب خطرناک حالت جاتی رہے تو ان کے چند قطرات آنکھ میں ڈال سکتے ہیں۔ قرنیہ کی خفیف سحابی کیفیت کے ظاہر ہونے پر فوراً ایٹروپین محلول ڈالا جائے جس کی طاقت نصف فیصدی (ایک اونس پانی میں ۲½ گرین) ہو۔

سوزاکی مولودی التہاب اور اس کی وجہ سے جو اندھاپن لاحق ہوتا ہے اس کو روکنے کی کوشش کرنا چاہئے ہم مولودی سوزاکی التہاب ملتحمہ کو روک سکتے ہیں تاہم یہ بہت سے مریضوں میں اندھاپن کا باعث بنتا ہے۔ انگلستان میں عام دایوں کے واسطے یہ قاعدہ بنایا گیا ہے کہ اگر بچہ پیدا ہونے کے بعد دو تین روز کے بعد اس کی آنکھ ملتہب ہو تو دایہ کا فرض ہوتا ہے کہ وہ فوراً کسی ڈاکٹر سے مشورہ کرے اور حاکم وقت کو اطلاع دے کہ فلاں ڈاکٹر کا علاج شروع کر دیا گیا ہے۔ اگر کوئی دایہ ایسا نہ کرے اور حاکم کو اطلاع ہو جائے تو دایہ کو سخت سزا دی جاتی ہے۔ تجربہ سے معلوم ہوا ہے کہ بعض معالج اس مرض کی تشخیص جلد نہیں کر سکتے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جلد مناسب علاج نہیں شروع ہو سکتا۔ اسی وجہ سے بینائی میں کافی نقص واقع ہو جاتا ہے اور بہت سے بچے اندھے بھی ہو جاتے ہیں۔ چونکہ ہندوستان میں ایسا کوئی قانون نہیں بنایا گیا اس لئے

آئے دن اگر ایسے حوادث پیش آتے رہیں تو کوئی تعجب کی بات نہیں۔

دوسری تدبیر جو اس مرض کے خلاف جدوجہد کے طور پر اختیار کی جائے وہ یہ ہے کہ جس حاملہ عورت کو سوزاک ہو اس کا مناسب علاج کیا جائے تاکہ مہبلی رطوبت کا اخراج بند ہو سکے۔ دوسرے یہ کہ ماں کے مہبل سے بچہ کی آنکھ میں پیدائش کے وقت رطوبت کے داخلہ کو جہاں تک ہو سکے روکا جائے۔ جب بچہ کا سر مہبل سے باہر نکل آوے تو آنکھوں کے کھولنے سے پہلے ہی ان کو پوری طرح صاف کر دیا جائے لیکن ہر ایک آنکھ کو مطہر روئی سے الگ الگ صاف کیا جائے۔ بچے کے جسم پر لگی ہوئی رطوبت کو صاف کرنے کے لئے اس کو غسل دیتے وقت اگر یہی پانی منہ دھونے کی غرض سے بھی استعمال کیا جائے تو آنکھ میں عدوی کے پہونچنے کا ڈر ہے اس لئے بہتر ہے کہ مطہر پانی سے آنکھیں صاف کی جائیں اور آنکھوں کو صاف کرنے کے بعد ا فیصدی طاقت والا کاسٹک کا محلول بچے کی آنکھوں میں استعمال کیا جائے۔

حفظ ماتقدم کے طور پر استعمال کی جانے والی دوائیں۔ تجربہ سے ماہر کریڈے کا طریقہ نہایت کارآمد ثابت ہوا یہ طریقہ خصوصیت کے ساتھ جب غیر طبعی مہبلی رطوبات وضع حمل سے پہلے موجود ہوتی ہیں اس وقت زیادہ کارآمد ہوتا ہے مگر عام طور پر دایہ کے ذریعہ اس کا استعمال بہتر نہیں کیوں کہ (۱) دوا کے چند قطرے آنکھ میں ڈالنے کے بعد دایہ سمجھنے لگتی ہے کہ اب اس کی ذمہ داری ختم ہو گئی اور بقیہ صفائی وغیرہ کی ضرورت نہیں ہے حالاں کہ بعد کی صفائی کا خیال نہایت اہم اور ضروری ہے (۲) دواؤں کے ڈالنے سے آنکھ میں جو ردعمل رونما ہوتا ہو اس کو وہ مرض کا آغاز سمجھ کر ڈاکٹر کو فوراً اطلاع دیتی ہے کہ بچے کو مولودی سوزاکی التہاب شروع ہو گیا ہے (۳) یہ بھی ممکن ہے کہ سوزاکی التہاب کے پہلے درجہ کو دایہ نظر انداز کر جائے اور یہ سمجھے کہ یہ مرض نہیں بلکہ دوا کا ردعمل ہے۔

جب سوزاکی التہاب شروع ہو جائے اور اس کا علاج ایسے ڈاکٹر کی طرف رجوع کیا جائے جس کو سوزاکی التہاب کے متعلق بہت کم تجربہ ہو یا جس کو ایسے مریضوں کے علاج معالجہ کی خاص تعلیم نہ دی گئی ہو تو اس ڈاکٹر کو چاہیے کہ فوراً کسی تجربہ کار معالج خصوصی سے مشورہ کرے۔ یہ یاد رہے کہ بچے کی آنکھ میں جو رطوبت پہلے ہفتہ میں پائی جاتی ہے۔ عموماً وہ کسی نہ کسی مرضی کیفیت کا سبب ہوتی ہے۔ اسی لئے اس دوران میں اگر آنکھ کے اندر کسی قسم کا مواد پایا جائے تو اس کو مشکوک نگاہ سے دیکھنا چاہیے اور اس کا جراثیمی معائنہ جس قدر جلد ممکن ہو کرنا چاہیے۔ اگر بچہ کا ماحول پیدائش کے بعد عمدہ ہو۔ قابل معالج علاج کے واسطے دستیاب ہو سکے اور تیمار دار نرس بھی موجود ہو

تو گھر کا علاج زیادہ کامیاب ثابت ہوتا ہے۔ مگر اکثر حالات میں مذکورہ بالا شرائط پورے نہیں ہو سکتے اس لئے ماں اور بچے دونوں کو شفاخانہ میں داخل کر دینا چاہئے اور جہاں تک ممکن ہو سکے ایسے شفاخانہ میں ان کو داخل کیا جائے جہاں کہ اس مرض کا خاص طور علاج کیا جاتا ہو۔ ہندوستان میں بدقسمتی سے ایسے شفاخانے صرف چند مقامات پر ہیں اس لئے ناظرین خیال کر سکتے ہیں کہ اس بڑی مملکت میں اس التہاب سے پیدا ہونے والے اندھے پن روکنے میں ہم کہاں تک کامیاب ہو سکتے ہیں۔ جب گھر پر کوئی انتظام اس کے تدارک کا نہ ہو سکے تو ہمارا فرض ہے کہ جہاں تک جلد ہو سکے بچے کو کسی شفاخانے میں داخل کر دیں۔ پیدائش کے بعد فوراً اور پھر روزانہ اس کی آنکھ کا معائنہ کروا کر دھلواتے رہیں۔

غشائی التہاب ملتحمہ
Membranous Conj.

(جس کا سبب عصیہ خناق وبائی ہوتا ہے) اس التہاب میں گلے کے التہاب کی طرح ملتحمہ کی سطح کاذب غشا سے ڈھک جاتی ہے اور جس طرح گلے کے خفیف التہاب کو التہاب خناقی اور شدید قسم کے التہاب کو غشائی التہاب کہا جاتا ہے اسی طرح ملتحمہ کے خناقی التہاب میں بھی اس مناسبت کا خیال رکھا جاتا ہے۔ صحیح تشخیص جراثیمی امتحان کے بعد قائم کی جائے کیونکہ خناق وبائی کے جراثیم کے علاوہ ذیل کے جراثیم بھی کمزور بچوں میں خصوصیت کے ساتھ غشائی التہاب پیدا کر سکتے ہیں۔

(۱) کرویات ذات الریہ (۲) کرویات عقدیہ۔ کے عدوی سے اور خسرہ وحمی قرمزیہ کے بعد بھی یہ حالت پائی جاتی ہے اس لئے ان صورتوں میں پیدا ہونے والی التہابی حالت کا نام التہاب غشا کاذب رکھا گیا ہے علامات کے لحاظ سے اس کی تشخیص فارقہ مشکل ہے۔ خناقی التہاب بچوں میں خصوصیت کے پایا جاتا ہے اور شدت کے لحاظ سے اس کے مختلف مدارج ہوتے ہیں اس کی نہایت شدید حالت سوزاکی شدید التہابی حالت سے مشابہ ہوتی ہے خفیف مرضی حالت میں اجفان کسی قدر متورم ہوتی ہیں اور خارج ہونے والا مواد مخاط یا پیپ یا مصلی کیفیت لئے ہوتا ہے اجفان کو پلٹنے پر جفنی ملتحمہ سفید جھلی سے ڈھکا ہوا دکھائی دیتا ہے اس جھلی کو آسانی سے علیحدہ کیا جا سکتا ہے۔ جھلی کو علیحدہ کرنے پر خون نہیں نکلتا۔ شدید حالتوں میں اجفان زیادہ دبیز اور متورم ہو جاتی ہیں۔ ملتحمہ میں گاڑھی ترشحات موجود ہوتے ہیں جن کی وجہ سے آنکھ کی حرکت میں کمی آجاتی ہے۔ عروق پر دباؤ پڑتا ہے۔ ترشحات میں کمی ہو جاتی ہے جس کی وجہ سے ملتحمہ اور طبقہ قرنیہ دونوں مردہ ہو جاتے ہیں۔ اس مقام سے جھلی ذرا مشکل سے علیحدہ ہوتی ہے۔ اگر اس کو علیحدہ کیا جائے تو زیریں ساختوں سے خون نکلنے لگتا ہے کبھی یہ جھلی ملتحمہ پر جابجا چھوٹے چھوٹے قطعوں میں پائی جاتی ہے

اور کبھی سارے ملتحمہ کو ڈھک لیتی ہے مگر جفنی ملتحمہ پر عموماً موجود ہوتی ہے۔ جھلی کا آغاز اجفان کے کناروں سے ہوتا ہے سبلی ملتحمہ پر جھلی نہیں ہوتی۔ کان کے سامنے والے غدد متورم ہو جاتے ہیں اور ان میں تالم پایا جاتا ہے۔ ان میں بعض اوقات پیپ بھی پیدا ہو سکتی ہے۔ جسمانی حرارت بڑھ جاتی ہے مگر موت کے قریب کم ہو جاتی ہے۔ قارورہ میں اجسام بیضیہ پائے جاتے ہیں۔ چھ سے دس روز تک قرنیہ کی حالت مخدوش ہوتی ہے اس عرصہ کے بعد مردہ جھلی الگ ہونا شروع ہو جاتی ہے اور مواد کے اخراج کی مقدار بڑھ جاتی ہے چند روز میں ملتحمہ سرخ ہو جاتا ہے اس وقت یہ خطرہ ہوتا ہے کہ ملتحمہ کی مختلف سطحیں آپس میں ملتصق نہ ہو جائیں۔ جفنی اور مقلی ملتحمہ کا آپس میں الصاق ممکن ہے۔ اگر ایسا ہو تو آنکھ کی حرکات میں رکاوٹ پیدا ہو جاتی ہے۔ آنکھ کے اس التہاب کے بعد عوارض میں سے استرخاء عضلی کا ظہور ہوتا ہے مگر ایسا شاذ و نادر ہی ہوا کرتا ہے۔ کبھی کبھی طاقت توفیق کا استرخا بھی دیکھا گیا ہے۔ خفیف شدت والی زیادہ تر غشائی التہاب ملتحمہ کی حالت بھی ملتی ہے۔ اس حالت کی تشریح مرضی کے متعلق پوری معلومات حاصل نہیں ہیں۔

تشریح مرضی۔ ماہرین علم الجراثیم یہ ثابت کر چکے ہیں کہ مقامی حالت کی شدت کا انحصار عصار خناق وبائی کی موجودگی یا عدم موجودگی پر بہت کم ہوتا ہے چونکہ عصار خناق وبائی کو ہم عصار زیروسس (Xirosis) سے تمیز نہیں کر سکتے۔ اس لئے جب تک حیوانوں میں مواد کی تلقیح کرنے کے بعد صحیح تشخیص نہ کر لی جائے اس وقت تک اس کا سبب عصار خناق وبائی کو نہ قرار دینا چاہیئے۔ مذکورہ التہاب سے مشابہ بعض حالتیں گرمی یا کاوی ادویہ۔ ایٹروپین کی خراش غبنیہ کے بثور اور دیگر غیر جراثیمی اسباب کی وجہ سے پیدا ہوتی ہیں۔ مندرجہ ذیل جراثیم غشائی التہاب پیدا کر سکتے ہیں۔

(۱) کرویات ذات الریہ (۲) کرویات عقدیہ (۳) عصار کاخ ویک (۴) کرویات سوزاکی (۵) کرویات عنقودیہ (۶) عصار نیمونیائی (۷) عصار قولونی۔ کرویات عقدیہ سے پیدا ہونے والا ملتحمہ کا التہاب بچوں میں خسرہ۔ کالی کھانسی۔ حمی قرمزیہ اور انفلوانزا کے بعد شدید صورت میں پایا جاتا ہے۔ گلے کے امراض کی صورت میں ناک کے راستے سے قناۃ انفی میں ہو کر آنکھ کے اندر عدوی پہونچ سکتا ہے لیکن ملتحمی التہاب کی صورت میں گلے کا خناقی مرض بہت کم پایا جاتا ہے۔ یہ یاد رہے کہ تشخیص کے لئے جھلی رطوبت کا معائنہ ضروری ہے تاکہ اس میں اگر جراثیم خناق وبائی موجود ہوں تو تشخیص میں مدد مل سکے۔

ہر وہ مریض جس کی آنکھ میں غشائی التہاب پایا جائے اس کا علاج خناق وبائی کے اصول پر کیا جائے اور اس وقت تک اسی اصول پر کاربند رہیں جب تک کہ معائنہ سے ہم کو اس امر کا یقین نہ ہو جائے کہ خناق وبائی کے جراثیم بالکل موجود نہیں ہیں خفیف حالتوں میں اس وقت تک مریض کو علیحدہ نہ کیا جائے جب تک کہ جراثیمی معائنہ سے اس حالت کو خناقی التہاب سے مشخص نہ کر لیا جائے۔

علاج ۔ اس حالت کا علاج رمد صدیدی کے اصول پر کیا جائے صرف اس بات کا خیال رکھیں کہ اس میں کاسٹک کو استعمال نہ کریں اور کوئے کو نہ کاٹیں کیونکہ ایسا کرنے سے وہ سطح بڑھ جاتی ہے جہاں سے سمین کا انجذاب ہو سکتا ہے متعامی علاج کے طور پر ملتحمہ کو گرم بورک محلول سے خوب دھوئیں۔ ابتداءً علاج میں ایٹروپین کا ایک قطرہ آنکھ میں ڈال دیا جائے۔ کونین کا محلول جس کی طاقت ایک اونس میں ۳ گرین کی ہو اور جس میں کونین کو حل کرنے کے لئے کم سے کم تیزاب استعمال کیا گیا ہو۔ آنکھ میں اس کا ٹپکانا مفید ثابت ہوتا ہے۔ عمومی بہترین علاج یہ ہے کہ خناق وبائی کی طرح فادسمین کی تلقیحات کی جائیں اور چونکہ فادسمین بے ضرر چیز ہے اس لئے ہر مشکوک حالت میں اس کا استعمال ضروری ہے آنکھ کے اندر فادسمین کا ٹپکانا بھی مفید ثابت ہوتا ہے۔ مریض کی عام جسمانی صحت کا خاص طور پر خیال رکھیں۔ زود ہضم غذائیں اور مقوی ادویہ دی جائیں۔ قرنیہ کے عوارض کا مناسب علاج کیا جائے۔ اس میں فادسمین کا استعمال خصوصیت کے ساتھ مفید ہے جیسا کہ تجربہ سے معلوم ہوا ہو کہ اگر دو خرگوش کے قرنیہ میں سمیّں خناق وبائی کی تلقیح کرنے کے بعد ایک خرگوش میں فادسمین کی تلقیح وریدی کی جائے۔ اور دوسرے کو اسی طرح چھوڑ دیا جائے تو ایسا کرنے سے پہلے خرگوش کا طبقہ قرنیہ صحیح و سالم رہتا ہے اور دوسرے خرگوش کے قرنیہ میں سحابی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔

قرنیہ میں قرحہ عموماً صدیدی جراثیم کی مشارکت سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ قرحہ مرکز میں اور قرنیہ کے کنارے پر بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ غشائی التہاب اگر کرویات عقدیہ کی وجہ سے پیدا ہو تو قرنیہ کے مردہ ہونے کا خطرہ رہتا ہے۔ اس کے علاوہ مریض کی جان بھی معرض خطر میں ہوتی ہے۔ لہٰذا ایسی حالت میں نوعی فادسمین کو استعمال کرنا چاہئے۔

ملتحمہ کا بثری التہاب (Phlyctenular Conj.) اس قسم کے التہاب کو التہاب ملتحمہ اکزیموی بھی کہتے ہیں اس میں ایک یا ایک سے زیادہ چھوٹے چھوٹے گول خاکستری یا زرد عقدے کسی حد تک گرد کی سطح سے ابھرے ہوئے پائے جاتے ہیں۔ یہ عقد صلبی ملتحمہ پر قرنیہ کے محیط کے نزدیک خصوصیت کے ساتھ ملتے ہیں

شاذو نادر جفنی ملتحمہ پر بھی پائے جاتے ہیں ۔ عام طور پر ان کے ساتھ ملتحمہ میں صدیدی مخاطی کیفیت ملتی ہے ۔ اور پورا ملتحمہ شوخ سرخ رنگ کا ہوتا ہے ۔ خالص بثری التہاب میں ملتحمہ کی سرخی مثلث نما رقبہ میں قائم ہوتی ہے جس کا سرا محیط قرنیہ پر واقع ہوتا ہے اسی سرے پر بثرہ پایا جاتا ہے ۔ عموماً یہ التہاب پانچ چھ برس سے دس برس کے بچوں میں زیادہ ملتا ہے ۔ اس سے زیادہ صغیر سن بچوں میں نہیں پایا جاتا کبھی کبھی جوانوں میں بھی یہ حالت دیکھی جاتی ہے جو بچے اس التہاب میں مبتلا ہوتے ہیں ان کی گردن کے لمفاوی غدد بڑھے ہوئے ہوتے ہیں ۔ یا اُن میں تدرن کی کوئی دوسری علامت پائی جاتی ہے اور اگر ان میں کوئی علامت نہیں پائی جاتی تو کم از کم وہ کمزور ضرور ہوتے ہیں ۔ اس التہاب کا پہلا حملہ کسی دوسرے متعددی مرض کے بعد ہوا کرتا ہے جیسا کہ خسرہ ۔ التہاب انف ۔ اور التہاب غدی نسیج خلف الانف کے بعد دیکھا جاتا ہے اور کبھی ان بچوں میں خلقی آتشک کی علامتیں پائی جاتی ہیں ۔ بثرہ جس کے معنی آبلہ کے ہیں ابتدا ابتدا میں آبلہ سے بہت زیادہ مشابہ ہوتا ہے لیکن صحیح طور پر ہم نہیں کہہ سکتے کہ اس کے اندر حقیقتاً آبلہ کی کیفیت پائی جاتی ہے یا نہیں بعض اوقات یہ ثبور بہت چھوٹے ہوتے ہیں اور شکل دکھائی دیتے ہیں ۔ عموماً ان کا حجم ایک ملی میٹر ہوتا ہے شاذو نادر ۳ ملی میٹر کے برابر بھی ہوتے ہیں ۔ بڑے ثبور زرد ہوتے ہیں ۔ آخری مدارج میں ان کا بشرہ اُتر جاتا ہے اور قروح نمودار ہو جاتے ہیں ۔ جب یہ حالت ملتحمہ پر پائی جائے تو کوئی خاص اہمیت نہیں رکھتی ۔ مگر جب قرنیہ پر قروح نمودار ہوں تو خطرناک صورت پیدا ہو سکتی ہے ۔

اس کے ساتھ عموماً اجفان پر اکزیمائی حالت ملتی ہے یا جسم کے کسی دوسرے حصہ خصوصاً سر پر اکزیما پایا جاتا ہے یہی وجہ ہے کہ بعض ماہرین نے اس التہاب کا نام اکزیما چشم بھی رکھا ہے ۔ بعض مریضوں میں زیرین جفن اور رخساروں کا اکزیما ممکن ہے کہ بہت زیادہ آنسو بہنے کی وجہ سے پایا جاتا ہو اور یہ کسی موٹے کپڑے سے ان آنسوؤں کو ہمیشہ پوچھنے کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہو ۔

تشریح مرضی ۔ مرضی تشریح کے مطالعہ سے اس مرض کے متعلق کچھ معلومات حاصل ہوتی ہیں ، مگر اس کے اسباب تک رسائی ہنوز نہیں ہو سکی ۔ ثبور کے قطعہ کا خوردبینی معائنہ کرنے سے ایک مثلث نما رقبہ دکھائی دیتا ہے جس میں شدید ارتشاح پایا جاتا ہے ، غدوی نسیج کی تہ کے نیچے طبعی حالت میں کریات لمفاوی واحدۃ النوات پائے جاتے ہیں مگر ان ثبور میں ان کی تعداد بہت زیادہ ہوتی ہے اور یہ سب آپس میں ایک دوسرے سے گھتے ہوتے ہیں ۔ بشری خلیات صحیح د

سالم ہوتے ہیں۔ ماہرین کا خیال کہ ثبور میں آبلہ کی کیفیت نہیں پائی جاتی۔ اگر ملتحمہ میں التہاب مخاطی صدیدی بھی پایا جائے تو ملفاوی کریات بیضاء کے علاوہ کریات بیضاء کثیرۃ النواۃ بھی پائے جاتے ہیں یہ خلیات تحت البشرہ انسجہ اور بشری خلیات کے اندر بھی ہوتے ہیں۔ ایسی حالت میں بشری خلیات سطح پر سے بہت جلد ضایع ہو جاتے ہیں۔ اگر ان کا جراثیمی معائنہ کیا جائے تو مواد کے اندر التہاب مخاطی صدیدی کے جراثیم عام طور پر ملتے ہیں۔ خالص بشری التہاب میں کرویات عنقودیہ بہت زیادہ تعداد میں ہوتے ہیں۔ طبعی حالات میں عنقودی کریات ملتحمہ کے اندر نہیں پائے جاتے۔ اسی لئے ماہرین کا خیال ہے کہ بشری التہاب کا باعث یہی کرویات ہیں۔ اگر عنقودی کرویات کو تندرست آنکھ کے اندر رگڑا جائے یا خراشیدہ ملتحمہ پر اس کو لگایا جائے تو عارضی طور پر آنکھ میں سرخی پیدا ہو جاتی ہے مگر یہ بہت جلد زائل ہو جاتی ہے۔ مذکورہ طریقہ سے مصنوعی طور پر ثبور پیدا نہیں کئے جا سکتے۔ خرگوش کی عینی وریدوں کے اندر درنی جراثیم کی کاشت کی تلقیح سے بثرہ سے ملتی ہوئی حالت پیدا کی گئی ہے مگر ان تجربات سے اس وقت تک یہ نہیں معلوم ہو سکا کہ آیا یہ مقامی ارتشاحی ابھار فی نفسہ ثبور ہیں یا نہیں۔ یہ امر بھی یاد رکھنے کے قابل ہے کہ درنین کی تلقیح کے بعد التہاب ملتحمہ بشری پیدا ہوتا ہے۔ (جب کہ درنین علاج کے طور پر تلقیح کی جائے)، ثبور کا سطحی مقام پر ہونا اور قرنوی قروح سے اس کی مشابہت اس امر کی دلیل ہے کہ مرض خارج سے جسم کے اندر داخل ہوا ہے مگر ہنوز اس کے جراثیم کے متعلق کچھ علم نہیں ہے آج تک ہم کو صرف اتنا معلوم ہو سکا ہے کہ اس مرض میں صحیح طور پر کیا کیفیت ہوتی ہے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ اس کا سبب خاص قسم کا وہ تسمم الدم ہو جس کی سمیت درنی الاصل اور خفیف ہوتی ہے اور جو مریض کی کمزوری کی حالت میں ثبور پیدا کرنے کے قابل ہو جاتی ہے۔ آنکھ میں خراش کی وجہ سے بچہ آنکھ کو زور کے ساتھ ملتا ہے۔ آنسوؤں کا زیادہ نکلنا اور آنکھ کو زیادہ ملنا یہ دونوں چیزیں مل کر جلد کا اکزیما پیدا کر دیتی ہیں اور چونکہ جلد کے اندر کرویات عنقودیہ طور پر موجود ہوتے ہیں پس ان کی نشو و نما شروع ہو جاتی ہے۔ یہی کرویات آنکھ کو ملنے پر آنکھ کے اندر داخل ہو جاتے ہیں اور خراش میں زیادتی پیدا کرتے ہیں۔ حالاں کہ ابتدائی طور پر خراش کا سبب نہیں ہوتے۔ اگر جلد پر دوسرے جراثیم بھی موجود ہوں تو ان کے ساتھ وہ بھی آنکھ کے اندر داخل ہو جاتے ہیں اور کمزور ملتحمہ میں ان کو نشو و نما کا موقع مل جاتا ہے جس کی وجہ سے مخاطی صدیدی التہاب پیدا ہو جاتا ہے۔ اس طرح گویا بشری التہاب ملتحمہ کے ساتھ یہ دوسری مرضی کیفیت شامل ہو کر تکلیف کے اضافہ کا باعث ہوتی ہیں۔

خارش بشری التہاب ملتحمہ میں علامات مرضیہ بہت کم ہوتی ہیں۔ آنکھ میں معمولی بے چینی اور خراش پائی جاتی ہے جس کی وجہ سے انعکاسی طور پر آنسو زیادہ نکلتے ہیں اگر اس کے ساتھ مخاطی صدیدی التہاب شامل ہو اور قرنیہ ماؤف نہ ہو تو چوندھ بالکل نہیں لگتی۔ قرنیہ کے عوارض عام طور پر پائے جاتے ہیں کیونکہ بچہ کا طرز عمل ان کے ظہور میں ممد ہوتا ہے اور ثبور محیط قرنیہ کے بالکل نزدیک پیدا ہوتے ہیں۔

ہم پہلے بتا چکے ہیں کہ قرنیہ کی مقدم سطح کا بشری پرت ملتحمہ کا ایک حصہ ہوتا ہے۔ اس لئے اگر ملتحمہ کے التہاب میں قرنیہ کا مقدم پرت بھی شریک ہو تو کوئی تعجب کی بات نہیں ہے اور یہ حالت بثری التہاب ملتحمہ میں خصوصیت کے ساتھ پائی جاتی ہے۔ جب قرنیہ پر ثبور پائے جائیں تو سطحی بشرہ کے ضائع ہونے پر قروح نمودار ہو جاتے ہیں جن کی وجہ سے آنکھ میں شدید درد ہوتا ہے۔ آنکھ سے آنسو بہتے رہتے ہیں اور آنکھ روشنی کی متحمل نہیں ہوتی۔ سر میں درد ہوتا ہے۔ مریض کی آنکھ کا معائنہ کرنے سے قرنیہ کے کنارے پر بثرہ یا پھنسی ملتی ہے اور آنکھ سے مخاطی صدیدی رطوبت خارج ہوتی رہتی ہے۔

چوندھ کا سبب یہ نہیں ہے کہ روشنی سے مریض ڈرتا ہے بلکہ اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ ملتحمہ کی خراش سے اجفان کے عضلات میں انقباض پیدا ہوتا ہے اور اس معاملہ میں قرنیہ کی خراش بھی مدد دیتی ہے۔ جب تیز روشنی میں آنکھ کو کھولنے کی کوشش کی جائے تو ان عضلات کا انقباض بڑھ جاتا ہے اور اندھیرے میں یہ انقباضی کیفیت غائب ہو جاتی ہے ملتحمہ میں اچھی طرح کوکین محلول لگانے کے بعد بھی انقباض رفع ہو جاتا ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ جفنی انقباض ایک انعکاسی فعل ہے جس کا ذمہ دار عصب خامس حجمی ہوتا ہے۔ عصب باصرہ سے اس انقباض کا کوئی تعلق نہیں۔ مگر بعض ماہرین کا خیال ہے کہ قرنیہ کے اندر روشنی داخل ہو کر عصب خامس کے حسی الیاف میں تحریک پیدا کرتی ہے اس لئے یہ انقباض رونما ہوتا ہے گو کہ ہم یہ نہیں ثابت کر سکتے ہیں کہ عصب خامس میں روشنی تحریک نہیں پیدا کر سکتی تاہم ان ماہرین کے پاس بھی اپنے دعوے کا کوئی ثبوت نہیں ہے کہ عصب خامس کے الیاف میں روشنی تحریک پیدا کرتی ہے ہمارے خیال میں چوندھ کی وجہ یہ ہے کہ اجفان جب کسی ایسے مقام پر رگڑ کھاتی ہیں جہاں سے بشری خلیات ضائع ہو چکے ہوتے ہیں تو انعکاسی طور پر عضلات محیط جفنی میں انقباض پیدا ہوتا ہے۔ اس کی وجہ سے خراش میں اضافہ ہو جاتا ہے۔ اور پھر یہ خراش انقباض کی زیادتی کا باعث بنتی ہے اس وقت چوندھ بہت زیادہ پائی جاتی ہے جب کہ ثبور قرنیہ

کے اوپر یا اس کے نزدیک واقع ہوں۔ تعداد میں ثبور کے زیادہ ہونے سے بھی چوندھیں زیادتی ہو جاتی ہے بہت تک
ہو مریض عضلات جفن کے انقباض میں مبتلا رہ چکے ہوتے ہیں ان میں سے بعض میں اندھاپن پیدا ہو جاتا ہے۔ مگر
دو یا تین ہفتہ میں ان کی بینائی درست ہو جاتی ہے۔ ماہرین کا خیال ہے کہ عارضی کیفیت صرف اس لئے پیدا ہوتی
ہے کہ شروع میں بچہ دیکھنا نہیں چاہتا۔ نیز مدت تک بند اجفان کا مقلتین پر دباؤ بھی اس کا باعث ہوتا ہے۔

پہلے پہل معائنہ میں احتیاط سے کام لینا چاہئے۔ تاکہ انقباض جفنی کو زور سے ڈھیلا کرنے میں آنکھ کو کسی قسم کا
صدمہ نہ پہونچ سکے۔ قرنیہ کی کیفیت کو معلوم کرنا اشد ضروری ہے اس کے معائنہ کے واسطے اگر اجفان کو آہستہ سے الگ
کر کے دیکھا جائے تو قرنیہ کی مختلف حالتیں زیادہ وضاحت کے ساتھ دیکھی جا سکتی ہیں۔ یہ مقصد آنکھ میں چند قطرے ۴فیصدی
کوکین محلول کے ڈالنے سے پورا ہو جاتا ہے۔ لیکن کوکین محلول کے قطرے آنکھ میں ڈالنے کے بعد ۵منٹ تک انتظار کرنا چاہئے
اور تخدیر پیدا ہو جانے کے بعد تمام وہ تدابیر اختیار کی جائیں جن کو بچوں کے آنکھ کے معائنہ کرنے کے ماتحت بیان کیا گیا ہے۔

بثری التہاب ملتحمہ بچوں میں بار بار عود کرتا ہے۔ مرض کا یہ اعادہ اس صورت میں ہوتا ہے جب کہ بچہ کمزور
ہو۔ اور کسی دوسرے مرض کی وجہ سے اس کی قوت حیات میں انحطاط واقع ہو چکا ہو۔

علاج - بسیط بثری التہاب ملتحمہ علاج سے بہت جلد اچھا ہو جاتا ہے۔ مقامی اور عمومی دونوں
طریق علاج سے کام لینا چاہئے۔ مقامی علاج کے لئے آنکھ کو بورک یا پرکلورائڈ محلول سے متعدد
بار دھویا جائے۔ زرد مرکری آکسائڈ کا مرہم ایک فیصدی طاقت والا بھی استعمال کیا جائے۔ مرہم لگانے کے لئے
شیشے کی سلائی سے کام لیں۔ طریقہ یہ ہے کہ بچے کو چت لٹا دیں مددگار بچے کے ہاتھوں کو اس کے جسم کے ساتھ لگا کر
پکڑے رکھے اور اپنی کہنیوں کو بچے کی ٹانگوں پر رکھے رہے۔ معالج اپنی دو انگلیوں سے اجفان کو الگ کرے اور شیشے
کی سلائی کے مرہم لگے ہوئے حصہ کو دونوں اجفان کے بیچ میں رکھ کر سلائی کو باہر کی طرف کھینچ لے۔ اگر قرنیہ ماؤف
ہو یا ماؤف ہونے کا خطرہ ہو تو اٹروپین کا محلول آنکھ میں ڈالا جائے اور زرد سیمابی مرہم بھی استعمال کیا جائے بعض
اوقات باہر کے کوئے کی جلد انقباض جفنی اور آنسوؤں کی وجہ سے کسی قدر پھول جاتی ہے۔ اس کی وجہ سے انقباض
بڑھ جاتا ہے لہذا اس کا خیال رکھا جائے۔ اگر ایسی حالت پیدا ہو تو فوراً اس کا تدارک کیا جائے۔ اس کا بہترین طریقہ
یہ ہے کہ کاسٹک کی پنسل کے باریک سرے سے اس کو چھو دیا جائے اور زرد سیمابی مرہم کے بجائے اگر کیلومل کا سفوف

استعمال کیا جائے تو نتائج امید افزا برآمد ہوتے ہیں - اور کبھی تو نہایت تکلیف دہ حالت میں بھی اس سے فائدہ پہونچتا ہے - مگر یہ خیال رہے کہ کیلومل کا استعمال اس وقت تک نہ کریں جب تک کہ مریض کو آیوڈائڈ کھلایا جا رہا ہو - شدید چوند کا علاج حسب ذیل طریقہ پر کریں -

بچے کے منہ کو ٹھنڈے پانی میں ڈبوئیں اور اس وقت تک ڈبوئے رکھیں - جب تک کہ بچہ تنفس کے لئے جدوجہد نہ کرے دن میں یہی عمل ۳-۴ مرتبہ کیا جائے اس طریقہ علاج میں تاوقتیکہ بے رحمی سے کام نہ لیا جائے گا کماحقہ فائدہ نہیں ہو سکتا - کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ صرف ایک ہی مرتبہ یہ عمل کرنے سے چوند کی کیفیت غائب ہو جاتی ہے -

جب تک قرنیہ ماؤف نہ ہو یعنی قرنیہ میں قروح موجود نہ ہوں اس وقت تک آنکھ پر پٹی نہ باندھی جائے - کپڑے کا حجاب جو دونوں آنکھوں کو ڈھانک سکے لگا دیا جائے مگر اس کو دونوں طرف کنپٹی تک ہونا چاہیے - رنگین عینک استعمال کی جائے مگر تنگ اور چہار طرف سے بند کر دینے والی نہ ہو - کیونکہ ایسی عینک میں مواد لگ جاتا ہے اور اس کی صفائی میں مشکل ہوتی ہے -

عمومی علاج کو بھی نظر انداز نہ کرنا چاہیے ورنہ مرض کا اعادہ بار بار ہوتا رہے گا - تازہ ہوا بہترین چیز ہے اس لئے بچوں کو کھلی ہوئی تازہ ہوا میں رکھا جائے - بیٹھنے اٹھنے اور سونے والے کمروں کی کھڑکیاں کھلی رہیں - سرد پانی یا سمندر کے پانی سے نہانا مفید ثابت ہوتا ہے - غذا عمدہ اور زود ہضم دی جائے اس میں تازہ سبزیوں کی مقدار کافی ہو - شربت میں کیلومل کا مسہل دیں سرد موسم میں مچھلی کا تیل اور مالٹین اور اگر مریض برداشت کر سکے تو یہی چیزیں تمام سال اس کو استعمال کرائیں - مگر یاد رہے کہ ہندوستان میں مچھلی کے تیل کی مقدار خوراک بچوں کے لئے ۴ سے ۶ قطرہ تک ہے فاسفیٹس اور آیوڈائڈ آف آئرن اور دوسری مقوی دوائیں بھی دی جائیں - مریض کی عام صحت جب تک درست نہ ہو جائے اس وقت تک عمومی علاج کو جاری رکھیں اور کلیۃً قاعدہ کے طور پر یہ سمجھتے رہیں کہ بثری التہاب کا پیدا ہونا اس امر کی دلیل ہے کہ مریض کی عمومی صحت خراب ہے اور اس کی قوت حیات انحطاط کی طرف مائل ہے -

بسیط مزمن التہاب ملتحمہ

یہ التہاب ملتحمہ کے بسیط حاد التہاب کا نتیجہ ہوتا ہے - اگر ملتحمہ کا حاد التہاب مدت تک قائم رہے تو مزمن صورت اختیار کر لیتا ہے - مزمن التہاب کی طرف اس کا انتقال ان مریضوں میں خصوصیت کے ساتھ ہوتا ہے جو نقرس میں مبتلا ہوتے ہیں - اگر خراش عرصہ تک قائم رہے تو اس کا اعادہ بار بار

ہوتا ہے۔ دھواں گرد وغبار۔ گرمی۔ خراب ہوا۔ زیادہ دیر تک رات میں کام کرنا۔ کثرت شراب نوشی وغیرہ اس کے اسباب ہیں۔ بینائی کی خرابیاں بھی جن کا تدارک عینک کے ذریعہ جلد نہ کیا جائے۔ عموماً اس کا باعث ہوتی ہیں۔ بجلی کی تیز روشنی میں آنکھوں سے باریک کام لینا۔ مطالعہ میں زیادہ مشغولیت جفنی ملتحمہ کے اندر کلسی ذرات کی موجودگی تمام چیزیں مزمن خراش کا باعث ہو کر یہی حالت پیدا کرتی ہیں۔ پلکوں کے بال اگر آنکھ کے اندر کی طرف والے جفنی کنارے پر واقع ہوں۔ التہاب کیس دمعی موجود ہو۔ مزمن التہاب الف پایا جاتا ہو تو بھی یہ حالت پیدا ہوسکتی ہے بعض اوقات اس کے مریضوں کا معائنہ نہایت غور وخوض کے ساتھ کرنے کی ضرورت ہوتی اور اس کے بعد کسی صحیح نتیجے پر پہونچنے کا امکان ہوتا ہے۔ جیسا کہ ہم بیان کر چکے ہیں۔ کبھی ناک کے اندر مزمن خرابی موجود ہوتی ہی لہذا ناک کا معائنہ خاص طور پر کرنا چاہئے۔ کبھی اس مرض کو ہم نہایت معمولی سمجھتے ہیں مگر یہ مریض کے لئے نہایت تکلیف دہ ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے آرام حاصل ہوجانے کے بعد مریض زیادہ شکرگزار ہوتا ہی۔

علامات ۔ آنکھوں میں جلن اور کھٹک محسوس ہوتی ہے۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ آنکھ کے اندر کوئی غریب شے پڑ گئی ہے۔ شام کے وقت اس غریب شے کا احساس خصوصیت کے ساتھ بڑھ جاتا ہے۔ مریض کو آنکھ کھلی رکھنے کے لئے کوشش کرنی پڑتی ہی۔ صبح سو کر اٹھنے پر بعض اوقات اجفان چپکی ہوئی ملتی ہیں اور کبھی نہیں بھی چپکی ہوتیں خفیف مگر غیر طبعی مقدار میں رطوبت یا مواد کا اخراج ہوتا ہے جس کی وجہ سے اجفان کے کنارے گرم اور خشک محسوس ہوتے ہیں۔ پہلے پہل معائنہ میں آنکھ کی حالت طبعی معلوم ہوتی ہے مگر زیریں جفن کو نیچے کی طرف کھینچ کر دیکھنے میں موخر ملتحمی عروق میں احتقانی کیفیت پائی جاتی ہے۔ جفنی ملتحمہ میں بھی اوپر اور نیچے احتقان پایا جاتا ہے اور مخملی حویصلی کھردرے پن کی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ بعض اوقات ملتحمہ دبیز ہوجاتا ہے اور گجی معلوم ہوتا ہے۔

علاج ۔ سبب کو رفع کیا جائے۔ بینائی کو درست کرنے کے لئے مناسب عینک دی جائے۔ اگر مزمن التہاب الف موجود ہو تو اس کا علاج کیا جائے اور اگر یہ التہاب گرمی کا نتیجہ ہو جیسا کہ باورچیوں میں دیکھا جاتا ہے تو ان کو نیلے چشمے لگانے کی تاکید کی جائے۔ کیونکہ نیلے شیشے گرمی کی شعاعوں کو جذب کر لیتے ہیں۔ مذکورہ بالا مقامی تمام اسباب سے پیدا ہونے والے بسیط التہاب ملتحمہ کا علاج علیحدہ علیحدہ بیان کیا جائے گا۔ نقرس کے مریضوں کا علاج مناسب اغذیہ اور ادویہ سے کیا جائے۔

مقامی علاج - احتقان کو کم کرنے اور ملتحمہ کو طبعی حالت پر لانے کی کوشش کریں - چونکہ مدت دراز تک کسی خراش کی موجودگی اس التہاب کا باعث ہوتی ہے اور اس کی وجہ سے ملتحمہ کے طبعی تناؤ میں فرق آجاتا ہے لہٰذا محرک چیزوں کے ذریعہ اس کا علاج زیادہ مفید ثابت ہوتا ہے - حابس دوائیں مقامی طور پر لگائی جائیں - تاکہ مقامی احتقان کم ہو جائے - اس کے علاوہ حابس دوائیں مقامی تیجوں میں لمفاوی دوران اور مقامی غدد کے افراز کو بہتر بناتی ہیں - معمولی حالتوں میں بورک محلول استعمال کریں جس میں زنک سلفٹ ملا لیا گیا ہو - بورک محلول کا نسخہ ذیل میں درج ہے -

بورک ایسڈ	۵ گرین
زنک سلفٹ	۱ سے ۲ گرین تک
آب مقطر	ایک اونس

۲ گرین فی اونس والا پھٹکری کا محلول بھی استعمال کر سکتے ہیں - ان محلولات کو دن میں دو تین مرتبہ استعمال کرنا چاہئے مگر رات کو سونے سے پہلے کبھی آنکھ میں نہ ڈالا جائے - "ایڈرے نے لین" کا محلول عارضی طور پر خراش اور سرخی کو کم کر دیتا ہے - سوتے وقت مطہر "ویزلین" یا "بورک مرہم" اجفان کے کناروں پر لگانا چاہئے -

شدید حالتوں میں پہلے پہل ہفتے میں دو بار کاسٹک لگاویں یا اس سے کمزور دوا پروٹارگول کا ۵ سے ۱۰ فیصدی طاقت والا محلول استعمال کریں - مریض کو گھر پر کاسٹک لگانے کی ہدایت کبھی نہ کی جائے کیوں کہ ممکن ہے کہ وہ بہت زیادہ استعمال کرے اور ملتحمہ میں سیاہی مائل رنگت پیدا ہو جائے -

بعض اوقات ناتجربہ کار معالجین اس التہابی حالت میں آنکھ کے اندر ایٹروپین ڈالتے ہیں - حالانکہ اس صورت میں ایٹروپین بجائے فائدے کے نقصان پہنچاتی ہے - کیونکہ توفیقی عمل کا استرخا پیدا کرنے کی وجہ سے مریض کو شدید تکلیف ہوتی ہے - معمر اشخاص میں ایٹروپین کا استعمال خطرناک ہوتا ہے اور زیادہ تر معمر اشخاص ہی مزمن التہاب ملتحمہ میں مبتلا ہوتے ہیں - ایٹروپین کے استعمال سے سن رسیدہ اشخاص میں کبھی زرق الماء کی شکایت شروع ہو جاتی ہے - علاوہ ان سب باتوں کے طبقہ ملتحمہ پر ایٹروپین کا کوئی اثر نہیں ہوتا -

مزمن التہاب ملتحمہ کی شدید حالتوں میں غدد مائی بومین سے غیر طبعی رطوبت خارج ہوتی ہے - بہتر ہے کہ مذکورہ غدد کو

دبا کر اس رطوبت کو نکال دیا جائے۔ اس کا آسان طریقہ یہ ہے کہ اندر کی طرف ملتحمی جانب شیشے کی سلائی رکھ کر اوپر سے جفن پر انگوٹھے کا دباؤ ڈالیں۔

التہاب ملتحمہ زاوی
Angular Conj.

اس التہاب کا سبب "عصار زوجیہ" ہوتے ہیں۔ اس کی مرضی تصویر نہایت صاف اور سبق آموز ہوتی ہے۔ ملتحمہ کی سرخی خصوصیت کے ساتھ اندرونی و بیرونی کوئے ہیں جفنی کناروں کے درمیان پائی جاتی ہے اور اس مقام پر صلبی ملتحمہ بھی سُرخ ہوتا ہے۔ اندر اور باہر کے زاویہ پر جلدی تقشر بھی پایا جاتا ہے۔ مگر عموماً یہ حالت بہت خفیف ہوتی ہے۔ اس مقام پر بھوسی کے مانند چھلکے نکلتے ہیں۔ چند مریضوں کو دیکھنے کے بعد یہ صورت بخوبی ذہن نشین ہو جاتی ہے۔ پھر معالج کبھی نہیں دھوکا کھا سکتا۔

علامات ۔ آنکھ میں کھٹک اور بے چینی محسوس ہوتی ہے۔ آنکھ سے مخاطی صدیدی رطوبت خارج ہوتی ہے۔ آنکھوں کو مریض بہت زیادہ بند کئے رہتا ہے۔ اس التہاب کے ساتھ نزلہ کی بھی شکایت ہوتی ہے اور نزلی رطوبت میں عصار زوجیہ پائے جاتے ہیں۔ اگر مناسب علاج نہ کیا جائے تو یہی حالت مزمن صورت اختیار کر لیتی ہے اور پھر اس کے ساتھ اجفان میں بھی التہاب پیدا ہو جاتا ہے۔ شاذونادر قرنیہ میں قروح بھی پائے جاتے ہیں جو صاف اور کم گہرے ہوتے ہیں بعض اوقات یہ قروح قرنیہ کے مرکز میں ہوتے ہیں۔ اس التہاب کے ایک مرتبہ ہونے کے بعد مناعت پیدا نہیں ہوتی۔ بار بار مرض کا اعادہ ممکن ہوتا ہے۔

تشریح مرضی ۔ "عصار مورکس اکسنفیلڈ" اس التہاب کا باعث ہوتے ہیں۔ یہ عصار زوجی موٹے اور عصوی صورت رکھتے ہیں۔ ان میں سے دو دو کے سرے ایک دوسرے کی طرف ہوتے ہیں۔ یہ قلوی رنگ کو قبول کرتے ہیں۔ منفی گرام ہوتے ہیں۔ اور فلم بنا کر دیکھنے پر صاف نظر آتے ہیں۔ مدت حضانت ۴ دن ہوتی ہے خشک ہونے پر یہ جراثیم مردہ نہیں ہوتے۔ تندرست اشخاص کی انفی رطوبت میں تو جو ہوتے ہیں اور زاوی التہاب ملتحمہ والے مریضوں کی ناک کی رطوبت میں بھی ملتے ہیں۔

علاج ۔ جست کے نمک سے اس مرض کا بہترین علاج ہو سکتا ہے۔ اس کو بورک محلول میں ملا کر استعمال کیا جائے۔ یعنی بورک محلول میں زنک سلفٹ ۲ گرین فی اونس مقدار میں ملا لیں۔ اب تک یہ معلوم نہیں ہو سکا کہ

جست کے مرکبات کیوں اس مرض میں مفید ہوتے ہیں۔ جب کہ جست کے نمک کے محلول میں اگر ان جراثیم کو رکھا جائے تو ان کی نشو و نما ہوتی ہے اور یہ بالکل نہیں مرتے۔ رات کو۔ بورک۔ زنک اکسائڈ۔ اکتھیال کا مرہم آنکھ پہ لگایا جائے۔ اکتھیال مرہم کی طاقت ۳ سے ۵ فیصدی تک ہو۔

رمد غددی۔ التہاب ملتحمہ حویصلی
Follicular Conj.

عموماً بچوں اور جوانوں دونوں میں پایا جاتا ہے۔ اس میں دونوں آنکھیں ایک ہی وقت میں ماؤف ہوتی ہیں۔ زیرین طاق ملتحمہ کے اندر چھوٹے چھوٹے گول یا بیضوی نیم شفاف اجسام یا حویصلات پائے جاتے ہیں۔ یہ حجم میں باجرہ کے دانوں کے برابر ہوتے ہیں۔ رنگ ان کا پیازی ہوتا ہے اندرونی و بیرونی کوئے میں زیادہ تعداد میں دیکھے جاتے ہیں۔ صلبی ملتحمہ اور بالائی غضروف العین پر نہیں ہوتے۔ یہ حویصلات اپنے گرد کی ملتحمی سطح سے ابھرے ہوئے ہوتے ہیں اور متوازی قطاروں میں نظام کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔ ان کے ظہور کی وجہ یہ ہے کہ مقامی طور پر کریات بیضا، لمفاوی مجتمع ہو جاتے ہیں۔ کبھی غلطی سے ان کو حبوب سمجھ لیا جاتا ہے۔ ان کا مقام وقوع بشری استر کے نیچے نسیج غددی ہے۔ خوردبینی معائنہ میں یہ حویصلات امعاء کے لمفاوی غدد سے مشابہ نظر آتے ہیں۔ کبھی ان کو روہوں سے بھی تمیز کرنا دشوار ہوتا ہے۔ یہ حویصلات طبعی طور پر ملتحمہ میں نہیں پائے جاتے۔

حویصلی التہاب میں ملتحمہ نہ تو سرخ ہوتا ہے اور نہ متورم۔ مدت دراز تک یہ حویصلات ملتحمہ پر قائم رہتے ہیں اور کسی قسم کی تکلیف ان کی وجہ سے نہیں ہوتی۔ پھر خود بخود غائب ہو جاتے ہیں اور غائب ہونے کے بعد بھی ان کا کوئی نشان آنکھ میں باقی نہیں رہتا۔ جو لوگ چھوٹے اور ایسے مکانات میں رہنے کے بہت زیادہ عادی ہوتے ہیں جن میں ہوا کی آمد و رفت بہت کم ہو وہی لوگ اس مرض میں زیادہ مبتلا ہوتے ہیں۔ اگر یہ کیفیت اسکول کے کمروں میں پائی جائے تو خصوصیت کے ساتھ ان میں رہنے والے مبتلائے مرض ہو جاتے ہیں۔ لیکن بعض اوقات ایسے لوگوں میں بھی یہ مرض دیکھنے میں آتا ہے جو بہتر فضا اور بہتر حالات میں زندگی بسر کرتے ہیں۔

کبھی چند حویصلات بعض دواؤں کے استعمال سے بھی زیرین طاق ملتحمہ کے باہر پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ حویصلات خاص کر اس وقت پیدا ہوتے ہیں جب کہ مریض پہلے سے مزمن التہاب ملتحمہ میں مبتلا ہو۔ جن بچوں کو یہ مرض لاحق ہوتا ہے وہ کمزور ہوتے ہیں اور ان کے گلے میں مزمن التہاب پایا جاتا ہے نیز خلف الانف غددی نسیجیں بڑھی ملتی ہیں

بعض ماہرین کا خیال ہے کہ ان دونوں حالتوں میں تکوینی مشابہت ہے۔ ان کا یہ بھی خیال ہے کہ یہ مرض متعدی نہیں ہوتا اور نہ رمد حبیبی میں تبدیل ہوتا ہے۔

علامات - علامات خفیف ہوتی ہیں۔ آنکھوں میں معمولی خراش پائی جاتی ہے۔ یہ خراش تیز روشنی میں اور باریک کام کاج کرنے میں تکلیف دہ ہوتی ہے۔ بقیہ علامتیں بعض اوقات رمد نزلی کی علامتوں سے مشابہ ہوتی ہیں آنکھ سرخ ہو جاتی ہے جلن اور کھٹک بھی پائی جاتی ہے۔

علاج - اس کے مقامی علاج کی بہت کم ضرورت پڑتی ہے۔ کمزور حابس محلولات سے آنکھ کو دھونا کافی ہوتا ہے۔ آنکھ میں زرد سیمابی مرہم لگانا چاہیے۔ اگر حویصلات بڑے ہوں تو کاسٹک استعمال کیا جائے۔ یا پھٹکری کی قلم سے حویصلات کو چھوا جائے۔ اگر ایٹروپین کا استعمال پہلے سے جاری ہے تو فوراً اس کو روک دیا جائے اور اس کے بجائے قابض صدقہ اسی طاقت کی دوا استعمال کی جائے۔

بینائی اگر خراب ہو گئی ہو تو معائنہ کے بعد مناسب عینک دی جائے۔ عام صحت اور ماحول کی اصلاح کی جائے زود ہضم غذائیں دی جائیں۔ گرم اغذیہ اور ادویہ سے پرہیز کراتے رہیں اور قبض نہ ہونے دیں۔ اگر قبض ہو تو فوراً اس کو رفع کریں۔

رمد حبیبی۔ رو ہے یا کگرے۔ جرب الاجفان یا جرب العین۔ التہاب ملتحمہ حبیبی Trachoma

یہ ملتحمہ کی وہ التہابی حالت ہے جس میں بیشمار حبیبات ملتحمہ کے اوپر پائے جاتے ہیں۔ جفنی ملتحمہ پر حبیبات خصوصیت کے ساتھ ملتے ہیں ہندوستان اور دوسرے گرم ممالک میں اس التہاب کی وجہ سے آنکھ میں بیشمار تکلیفات پیدا ہو جاتی ہیں۔ یہاں تک کہ بہت سے لوگ اس کی وجہ سے اندھے ہو جاتے ہیں اور جو اندھے نہیں ہوتے ان کی بینائی بہت کم ہو جاتی ہے اور وہ تمام عمر کسی نہ کسی تکلیف میں مبتلا رہتے ہیں۔ یہ مرض دونوں آنکھوں میں پیدا ہوتا ہے اس کی صحیح تشخیص کے لئے اس کے مختلف درجات سے کماحقہ آگاہی ضروری ہے۔ خوشحال والدین کے بچوں میں اگر حویصلی التہاب کی حالت ملے تو یہ عموماً رو ہوں کے مریض نہیں ہوتے۔ مگر اس کا یہ مطلب نہیں ہے کہ خوشحال والدین کے بچے اس مرض سے مستثنیٰ ہیں۔ کیونکہ ان کی آنکھوں میں عدوی نوکروں سے پہنچ سکتا ہے۔

رمد حبیبی میں ملتحمہ کے اندر دو قسم کے تغیرات رونما ہوتے ہیں اور یہ دونوں ایک ہی وقت میں پائے جاتے

ہیں اس کی دو قسمیں جس میں حلمی ابھار پیدا ہو جاتے ہیں خاص طور پر نمایاں نہیں ہوتیں اس قسم کے ملتحمی التہاب کی ایک صورت اور بھی ہے جس کے اندر احتقان اور حلمی ابھار کم نمایاں ہوتے ہیں۔ بالائی جفنی ملتحمہ سب سے زیادہ ماؤف ہوتا ہے اور سرخ مخمل کے مانند دکھائی دیتا ہے۔ پھر اس کی یہ کیفیت تبدیل ہو کر متشابہ جبلی نما کیفیت اختیار کر لیتی ہے۔ جب مرض زیادہ نمایاں نہ ہو اور حبیبات بالکل نہ پائے جائیں تو بسا اوقات اس کو ہم نظر انداز کر جاتے ہیں۔

حویصلی یا حبیبی قسم کے التہاب میں خاص قسم کے حبیبات ملتحمہ کے اوپر ظاہر ہوتے ہیں۔ اگر یہ حبیبات چھوٹے ہوں تو حویصلی التہاب ملتحمہ سے اس کو تمیز نہیں کر سکتے اور خوردبینی معائنہ سے بھی کوئی تفریق نہیں کی جا سکتی مگر ان کا حجم اور ظاہری شکل حویصلی حالت سے بالکل مختلف ہوتی ہے۔ ان کی تقسیم خاص صورت اختیار کرتی ہے بڑے حبیبات کا قطرہ یا ۲ ملی میٹر ہوتا ہے۔ یہ نیم شفاف اور ابلے ہوئے ساگو دانہ کے مشابہ ہوتے ہیں۔ عام طور پر زیریں طاق ملتحمہ سے ان کی ابتدا ہوتی ہے اور بہت جلد بالائی طاق میں بھی پھیل جاتے ہیں لیکن حویصلی التہاب ملتحمہ صرف زیریں طاق ملتحمہ میں قائم رہتا ہے۔ جلد ہی حبیبی حالت بھی دوسرے حصص میں پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ حبیبات بالائی جفن کے اوپر والے کنارے کے ساتھ پیدا ہوتے ہیں اور وہاں سے جفنی ملتحمہ کے اندر پھیلنا شروع کرتے ہیں۔ مگر اس مقام پر ان کی تعداد کم ہوتی ہے شحمۃ العین اور غضن العین پر عام طور پر پائے جاتے ہیں۔

حویصلی التہاب ملتحمہ میں بالائی عضروفی ملتحمہ پر حبیبات بالکل نہیں ہوتے۔ بعض اوقات صرف اندرونی و بیرونی زاویہ کے پاس پائے جاتے ہیں لیکن صلبی ملتحمہ پر بہت ہی شاذ و نادر ہوتے ہیں۔ اگر اس مقام پر حبیبات پائے جائیں تو یقیناً ان کو رمد حبیبی کی علامت سمجھنا چاہئے۔

رمد حبیبی مزمن مرض ہے۔ اس میں خراش بہت ہوتی ہے۔ چوند زیادہ لگتی ہے اور آنسو بھی بہت نکلتے ہیں۔ ان تمام باتوں کے علاوہ مخاط ملی ہوئی صدیدی رطوبت کا اخراج ہوتا ہے۔ بعض مقامات پر یہ وبا کی صورت میں پائی جاتی ہے اس کی حاد حالت بھی ملتی ہے۔ یہ مرض متعدی ہے تشریح مرضی سے سوائے اس کے کوئی خاص بات نہیں معلوم ہوتی کہ بشری خلیات کے اندر بعض اجسام پائے جاتے ہیں۔ جن کو ماہرین اجسام حبیبی (**Trachoma bodies**) کہتے ہیں۔ ملتحمہ کے جس حصہ میں یہ مرض لاحق ہوتا ہے۔ وہاں کی غددی نسیجوں کے اندر کریات لمفاوی کا ترشح ہوتا ہے اور وہاں یہ کریات لمفاوی کے ایسے جھنڈ ملتے ہیں کہ جن کے گرد کوئی غلاف نہیں ہوتا۔ ان ابھاروں کو حویصلی التہاب ملتحمہ سے شناخت کرنے کا کوئی ذریعہ نہیں ہے۔ یہاں تک



(۱) روہوں کی وہ حالت جس میں مختلف حبیبات کے مل جانے سے اجفان موٹی ہوگئی ہیں۔

(۲) حبیبات ٹرکوموی کی پوری تصویر۔

(۳) سبل قرنیہ جس میں عروق بہت زیادہ قرنیہ پر پیدا ہوگئے ہیں۔

(۴) روہوں کا آخری درجہ جس میں لیفی ندبی ساخت حبیبات کے ٹوٹ کر صاف ہو جانے کے بعد پیدا ہوگئی ہے۔

(۵) اجسام ٹرکوموی ماہر جمسا کے رنگ سے رنگ کر دکھائے گئے ہیں۔

کہ خوردبین کے ذریعہ بھی نہیں تمیز کر سکتے - بعد کے مدارج میں بڑے حبیبات کے خلیات اور بین الخلیات کی نسیجیں شفاف اور حبلی نما شکل اختیار کرتی ہیں - کبھی بشری خلیات کا اتصال ٹوٹ جاتا ہے اور ملتحمہ کے اندر سے مختلف خلیات باہر کو نکل پڑتے ہیں بعض اوقات حبیبات کے چاروں طرف لیفی غلاف پیدا ہو جاتا ہے اسی طرح گویا یہ خلیات بقیہ حبیبات سے علیحدہ ہو جاتے ہیں - لیفی ساخت ان کے گرد بڑھتی رہتی ہے یہاں تک کہ یہ لیفی الیاف ایسی صورت اختیار کرتے ہیں کہ جس کا وجود حویصلی التہاب ملتحمہ میں بالکل نہیں ہوتا - یہ رمد حبیبی کے ساتھ مختص ہوتے ہیں - جراثیمی امتحانات سے ہنوز کوئی نتیجہ برآمد نہیں ہوا - مختلف ماہرین نے رمد حبیبی کے مختلف اسباب مختلف زمانے میں بیان کئے ہیں - مگر ان میں سے کوئی بھی علمی معیار پر صحیح نہیں اُترا - رمد حبیبی اکثر ممالک مثلاً روس - پولینڈ - مشرقی پرشیا - اسٹریا - ہنگری کے بعض حصص مصر - شام - ایران - چین - جاپان وغیرہ میں پائی جاتی ہے - بعض قومیں مثلاً یہودی - آئرلینڈ کے باشندے اس مرض میں خصوصیت کے ساتھ مبتلا ہوتے ہیں - مگر یہ مرض قومی نہیں ہے بلکہ خاص قسم کی بود و باش والے لوگوں میں پایا جاتا وسیع تجربہ سے ثابت ہوا ہے کہ کوئی قوم اس سے محفوظ نہیں ہے - حبشیوں میں یہ مرض کم ضرور ہوتا ہے مگر مبتلا وہ بھی ہوتے ہیں - جو لوگ گندے گاؤں میں بہت گھنی آبادی میں ایک دوسرے سے مل جل کر زیادہ رہتے ہیں وہی اس بیماری کا شکار ہوتے ہیں - اسی باہمی میل اور معاشرت ہی کی وجہ سے فوج - بحری سپاہی - فیکٹری - اسکول اور ایسے ہی دوسرے مقامات جہاں خاص قسم کے مریض اکٹھا رہتے ہیں وہی اس بیماری میں زیادہ مبتلا ہوتے ہیں - مثلاً پاگل خانہ وغیرہ ان تمام مقامات پر یہ مرض زیادہ ہوتا ہے - شہر کے غرباء - بچے اور کمزور اشخاص اس میں بہت جلد مبتلا ہو جاتے ہیں - طاقتور انسان اس سے بچے رہتے ہیں - ترائی کے تمام مقامات میں جہاں رطوبت زیادہ ہوتی ہے یہ بیماری عام طور پر پائی جاتی ہے ہم پہلے بتا چکے ہیں کہ رمد حبیبی متعدی مرض ہے - اس کا عدوی انگلیوں، تولیوں اور دوسرے کپڑوں کے ذریعہ منتقل ہوتا ہے - اگر کسی شخص کو التہاب ملتحمہ موجود ہو تو وہ بہت جلد اس کے عدوی سے اثرات کو قبول کرتا ہے - انتہائی صفائی کے ساتھ رہنے سے یہ مرض رُک جاتا ہے - ابتدائی مدارج میں اس مرض کو پہچاننا ذرا مشکل ہے - اکثر اوقات معالجین اس حالت کو مزمن التہاب ملتحمہ سمجھ لیتے ہیں اگر ہر مریض کی جفن کو الٹ کر دیکھا جائے اور بالائی طاق ملتحمہ کا غور سے معائنہ کیا جائے تو یہ غلط فہمی نہ ہوگی -

عوارض - رمد حبیبی کا حملہ صلبی ملتحمہ پر شاذ و نادر ہی ہوتا ہے - رمد حبیبی میں جو سبل قرنیہ (Trachomatous pannus)

ملتا ہے وہ حقیقتاً لمفاوی خلیات کا مقامی ترشح ہے جس کے اندر عروق بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ حالت قرنیہ کے نصف بالائی حصہ میں پائی جاتی ہے اور شروع شروع میں قرنیہ کے صرف اس حصہ میں ملتی ہیں جو بالائی جفن سے ڈھکا رہتا ہے۔ قرنیہ کے بالائی حصہ میں سحابی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے اور قرنیہ کے سطحی عروق سے پیدا ہونے والے چھوٹے چھوٹے عروق مرکز کی طرف بڑھنے لگتے ہیں یہاں تک کہ سحابی کیفیت اور یہ عروق بڑھ کر قرنیہ کے نصف بالائی حصہ میں پہونچ جاتے ہیں۔ تمام عروق سطحی ہوتے ہیں اور خوردبینی معائنہ پر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ پہلے یہ بشری استر اور غشاء باؤمین کے درمیان پیدا ہوتے ہیں۔ ان کے ساتھ ساتھ تھوڑی بہت ندبی ساخت بھی پائی جاتی ہے۔ بعد کے مدارج میں غشاء باؤمینی غایب ہو جاتی ہے اور قرنیہ کی نسیج خللی کے سطحی پرت ماؤف ہو جاتے ہیں۔

ترقی پذیر سبل قرنیہ کے اندر عروق متوازی چلتے ہیں اور ان کا جھکاؤ نیچے کو ہوتا ہے مگر ان کا باہمی اتصال بہت کم ہوتا ہے یہ عروق نیچے کی طرف ایک افقی خط پر قرنیہ میں ختم ہوتے ہیں ان کے مقام اختتام کے بعد بھی تھوڑی دور تک قرنیہ میں ترشح اور سحابی کیفیت ملتی ہے۔

سبل قرنیہ اگر کم ہو رہا ہو تو عروق اس رقبہ کے پرے تک جاتے ہیں جس میں ترشح اور سحابی کیفیت پائی جاتی ہے یہ ایک علامت ایسی ہے کہ جس سے علاج کے فوائد کے متعلق فیصلہ کر سکتے ہیں۔ شدید حالت میں قرنیہ کے اندر عروق صرف بالائی حصہ تک ہی محدود نہیں ہوتے بلکہ چاروں طرف سے سطحی عروق قرنیہ کے اندر بڑھتے ہیں جن کی وجہ سے قرنیہ کی تمام سطح غیر شفاف اور عروق دار ہو جاتی ہے۔ سبل قرنیہ اس وجہ سے نہیں پیدا ہوتا کہ بالائی جفن قرنیہ پر رگڑ کھاتی ہے مگر یہ اسباب سابقہ میں سے ضرور ہے کیونکہ بعض حالتیں ایسی ملتی ہیں کہ بالائی جفن کی اندرونی سطح کھردری ہوتی ہے خاق ملتحمہ جس کے اندر ردی حبیبات پائے جاتے ہیں چونکہ وہ قرنیہ سے متصل نہیں ہوتا اور ان دونوں کے درمیان صلبی ملتحمہ پر کسی قسم کے حبیبات نہیں پائے جاتے۔ لہذا ہمارا یہ خیال کہ قرنیہ کا سبل مرضی اتصال کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے غلط ہے ہمارے خیال میں ماؤف جفنی ملتحمہ قرنیہ کے اوپر کے حصہ کو ڈھانکتا ہے۔ اسی وجہ سے اس میں عدوی پہونچتا ہے یعنی جفنی ملتحمہ سے بلا واسطہ قرنیہ میں عدوی ہو جاتا ہے۔ کیونکہ جفن چوبیسوں گھنٹہ قرنیہ کے اوپر قائم رہتی ہے۔ کبھی سبل قرنیہ بالکل غائب اور تحلیل ہو جاتا ہے اور قرنیہ پھر شفاف ہو جاتا ہے مگر ایسا صرف ان مریضوں میں ہوتا ہے جن کا مناسب علاج جلد یعنی اس وقت شروع کر دیا جائے جب کہ عروق کی وجہ سے غشاء باؤمینی میں کوئی خرابی نہ پیدا ہوئی ہو مگر جب غشاء باؤمینی

تباہ ہو گئی ہو تو سحابی کیفیت مستقل طور پر قائم ہو جاتی ہے ۔ اور بعض اوقات قرنیہ اس قدر کمزور ہو جاتا ہے کہ طبعی تو ترعین کے دباؤ سے باہر کو ابھر آتا ہے ۔

قروح قرنیہ ۔ سبل قرنیہ جس قدر پرانا ہوتا جاتا ہے اسی قدر قروح زیادہ بڑھتے جاتے ہیں ۔ یہ قرحے بہت کم گہرے ہوتے ہیں اور ان میں ترشح بھی بہت کم ہوتا ہے لیکن تکلیف دہ زیادہ ہوتے ہیں ۔ ان کی وجہ سے آنکھ میں چوندھ لگتی ہے ۔ پانی بہتا ہے اور مرکزی قروح بھی پیدا ہو سکتے ہیں جو مدت کے بعد اچھے ہوتے ہیں اس کے علاوہ قرنیہ کے ہر مقام پر خاص کر سبل والے رقبہ کے اندر بھی قروح پیدا ہو سکتے ہیں ۔

نتائج ۔ سبل اور قرحہ قرنیہ کے علاوہ اجفان کا التواء بھی بہت خطرناک نتائج پیدا کرتا ہے ۔ بالائی جفن میں رمد جیبی کی وجہ سے بعض اوقات استرخائی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے ۔ اور اوپر کی پلک نیچے کو جھک کر اسی حالت میں قائم رہ جاتی ہے ۔ یہی وجہ ہے کہ اس کا نام استرخار رمد جیبی **Trachomatous ptosis** رکھا گیا ہے اس حالت میں مریض کی آنکھ ایسی معلوم ہوتی ہے کہ گویا اس میں نیند کا خمار بھرا ہوا ہے ۔ جفنی ملتحمہ کے اندر لیفی ساخت کے بننے کی وجہ سے بالائی جفن ٹیڑھی ہو جاتی ہے پلکوں کے بال بجائے سامنے اور اوپر رہنے کے اندر کی طرف کو مڑ جاتے ہیں ۔ ایسی اجفان کو جب ہم پلٹ کر دیکھتے ہیں تو ان مقامات پر عروق کے دب جانے کی وجہ سے جفن سفید نظر آتی ہے ۔

علاج ۔ اگر مواد زیادہ نکلے تو اس کا علاج اس مقصد کو مدنظر رکھ کر کرنا چاہئے کہ احتقان دموی کم ہو جائے اور مواد کا اخراج رک جائے لہذا اجفان کو پلٹ کر کلسٹ ۲ فیصدی لازرانہ لگایا جائے آنکھ کو ہر روز متعدد بار بورک محلول یا پرکلورائڈ محلول سے دھویا جائے رات کو سوتے وقت جفان کے کناروں پر بورک مرہم لگایا جائے چند روز میں التہاب کم ہو جائے گا اس کے بعد حبیبات کا علاج شروع کریں اس کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ تمام ملتحمہ کو توتیا کی قلم سے اچھی طرح چھو دیں ۔

اجفان کو پلٹ لینے کے بعد توتیا کی قلم کو ایک پنسل کے اندر قائم کر کے اس کے توتیا والے سرے کو اچھی طرح طاقی ملتحمہ میں رگڑیں ۔ اور اس دوران میں اجفان کو صلبی ملتحمہ سے ہٹائے رکھیں اس کے بعد جفنی ملتحمہ پر خوب دبا کر اسی قلم کو لگائیں ۔ پہلے چند مرتبہ یہ عمل تکلیف دہ ہوتا ہے ۔ لہذا بہتر ہے کہ پہلے آنکھ میں کوکین محلول ڈال لیں تاکہ تکلیف کے احساس میں کمی آ جائے ۔ اس عمل کو بالائی طاق سے شروع کریں ۔ کیوں کہ مرض کا یہی بڑا قلعہ ہے اگر اس میں پہلے دوا نہ لگائی جائے گی اور مریض تکلیف کی وجہ سے جدوجہد شروع کر دے گا تو پھر بالائی طاق کے اندر دوا کا لگانا مشکل ہو گا یہ

خیال ہے کہ توتیا کی قلم کو ملتحمہ پر نرم ہاتھ سے ہرگز نہ لگائیں بلکہ زور کے ساتھ لگانے کی کوشش کریں۔ اس دوا کا کچھ حصہ آنسوؤں میں حل ہو جاتا ہے اس کو روئی سے خشک کرلیں۔ ورنہ قرنیہ پر لگ کر نہایت تکلیف دہ ہوگا۔ سِبل قرنیہ میں بھی اس کو استعمال کرسکتے ہیں بلکہ اس حالت میں اس کا استعمال اور بھی ضروری ہے۔ اس سے سبل قرنیہ جلد رفع ہو جاتا ہے۔ مگر یہ واضح رہے کہ سبل قرنیہ پر توتیا کی قلم کو نہ لگائیں ورنہ نتائج بُرے اور خراب برآمد ہوں گے۔ اگر قرنیہ میں قروح موجود ہوں تو اس وقت بھی اس کو استعمال نہ کریں بلکہ ایسی حالت میں صرف کاشک پر اکتفا کریں اور قروح کے مندمل ہونے تک توتیا کے استعمال سے بچتے رہیں۔ اس میں ایک دشواری ضرور ہے کہ کاشک کا اثر اتنا عمدہ نہیں ہوتا جتنا کہ توتیا کا۔ توتیا کو دن میں صرف ایک مرتبہ لگائیں اور متعدد بار پرکلورائڈ محلول سے دھوئیں۔ کئی ہفتے تک یہی علاج مسلسل جاری رکھیں اور آنکھوں کی حالت بہتر ہو جانے کے بعد بھی اس کو نہ چھوڑیں۔ آخری مدارج میں توتیا کا محلول ½ فیصدی طاقت کا یا کاپر سٹریٹ کا مرہم ۱۰ فیصدی طاقت والا استعمال کریں۔ رمد جبی کے بہت سے مریضوں میں مذکورہ علاج سے ایسی حالت پیدا ہو جاتی ہے جس کو معالجین اندمال کے نام سے تعبیر کرتے ہیں مگر حقیقتاً ایسا نہیں ہوتا۔ بلکہ مرض کا اعادہ دوبارہ ممکن ہے اور یہ اعادہ اتنی ہی زیادہ دیر کے بعد ہوتا ہے جتنی زیادہ دیر تک علاج کیا گیا ہو۔ ہمارا خیال ہے کہ رمد جبی میں مذکورہ طریقہ علاج سے کبھی شفاء کلی نہیں ہوتی۔ شدید حالتوں میں زیادہ تیز دوائیں استعمال کرنا چاہیے۔

ایک طریقہ اس کے علاج کا یہ ہے کہ جیکورتی کا اُبلا ہوا پانی آنکھ میں ڈالا جائے مگر اس کے ڈالنے سے ردعمل بہت تیز رونما ہوتا ہے۔ جیکوئی ریٹال اسی دوا کا خلاصہ ہے جو آج کل استعمال کیا جاتا ہے۔ اس دوا کے استعمال سے جو ردعمل پیدا ہوتا ہے۔ اس کی شدت کو کم کرنے کے لئے اس کا تریاق بھی استعمال کرسکتے ہیں۔ مذکورہ بالا طریقہ خطرات سے خالی نہیں، لہٰذا مندرجہ ذیل طریقوں میں سے کوئی طریقہ اختیار کیا جائے۔ سب سے بہتر تو یہ ہے کہ تیز ادویہ میں سے پرکلورائڈ آف مرکری کا محلول جو گلیسرین میں تیار کیا گیا ہو استعمال کیا جائے۔ اس کو ہم ایک فیصدی کی طاقت تک استعمال کرسکتے ہیں۔ مذکورہ طاقت میں اس محلول کو استعمال کرنے سے اس کا اثر کاوی ہوتا ہے۔ اس دوا کو ہم پلٹی ہوئی اجفان پر اور ملتحمی طاق پر لگاتے ہیں۔ مگر تکلیف اس سے شدید ہوتی ہے اور ردعمل بہت تیز ہوتا ہے۔ ملتحمہ اور اجفان بہت زیادہ متورم ہو جاتی ہیں۔ درد کئی گھنٹے تک ہوتا رہتا ہے۔ پھر رفتہ رفتہ درد کی شدت کم ہوتی ہے۔ برف یا برف کے پانی میں ٹھنڈا کئے ہوئے کپڑے کو فوراً آنکھوں پر رکھنا شروع کر دیا جائے۔ اس علاج سے بہت نفع پہونچتا ہے۔ تجربہ

پلیٹ نمبر ۲

(۱) کرویات زوجیہ کی وجہ سے پیدا ہونے والا التہاب حاشیۃ الجفن وزاوی التہاب ملتحمہ ۔

(۲) بچوں کا سوزاکی التہاب ملتحمہ — جس میں اجفان متورم اور سرخ نظر آتی ہیں — دونوں اجفان کے کنارے آپس میں پیپ کے خشک ہوجانے سے چپک گئے ہیں اور اندرونی حصے پر گاڑھی پیپ خارج ہورہی ہے ۔

(۳) بثری التہاب ملتحمہ — جس میں قرنوی وصلبی جاء اتصال پر بثرہ موجود ہے اور دوسرا بثرہ قرنیہ پر ہے ۔

(۴) التہاب ملتحمہ خناق وبائی — جس میں کاذب غشاء دکھائی گئی ہے - اس میں جفنی جلد پر بھی چند خناقی مراکز موجود ہیں ۔

(۵) التہاب ملتحمہ سوزاکی — اجفان کو پلٹ کر دکھایا گیا ہے — گوشے میں سے پیپ نکل رہی ہے ۔

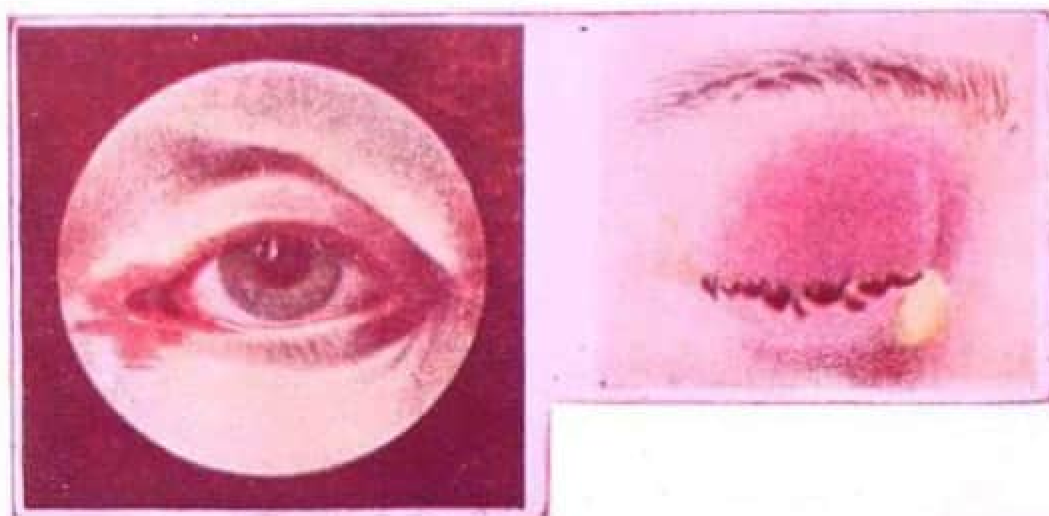
(۶) رمد ربیعی ۔

(۷) بالائی جفن کی غضروف جفنی کے ملتحمہ کا تدرن جس میں منتشر طور پر التہاب اور دبازت موجود ہے — اس کے علاوہ بے قاعدہ اور خراب قروح ہیں جن کے گرد چند درنے پائے جاتے ہیں ۔

پلیٹ نمبر ۲

تصویر ۱۱۱/۲ متعلق صفحہ ۲۳۷ لغایہ ۲۹۸ و ۳۳۶ کتاب العین

۲ ۱



۵ ۴ ۳



۷ ۶



اس امر کا شاہد ہے۔

حبیبات کو ہم کاربن ڈائی آکسائڈ کی پنسل سے بھی جلا سکتے ہیں مگر اس میں یہ احتیاط رکھیں کہ اس دوا کو لگانے کے بعد اجفان کو پھر گرم کر دیں۔ شعاع فوق البنفشی اور ریڈیم کو بھی رمد جیبی کے علاج میں استعمال کیا جاتا ہے لیکن ان کا استعمال زیادہ مفید نہیں ثابت ہوا۔ اگر حبیبات بہت زیادہ اور ابھرے ہوئے ہوں تو ان کا علاج حسب ذیل طریقہ پر کریں ملتحمہ میں مختلف مقامات پر سطحی شگاف دے جائیں اور شگاف دینے کے بعد خاص قسم کی منقاش سے حبیبات کو دبا کر توڑ دیا جائے۔ رمد جیبی کا علاج کرتے وقت معالج اپنی آنکھ میں عینک ضرور لگائے تاکہ خود عدوی سے محفوظ رہ سکے۔ سب سے پہلے آنکھ میں کوکین محلول ڈالا جائے اس کے بعد ہاتھوں کو خوب صاف کر کے ناخن کے ذریعہ ملتحمہ میں خراش پیدا کی جائے۔ مگر ناخن کے ذریعہ خراش پیدا کرنے کا طریقہ بہتر نہیں ہے ناخن کے بجائے سوئی یا چاقو کو استعمال کرنا چاہئے۔ حبیبات کو تباہ کرنے کے لئے بجلی سے بھی کام لے سکتے ہیں اور ان کو دبا کر توڑنے کے لئے ماہر گریڈی کی منقاش یا کنپ کی منقاش استعمال کریں۔

بالائی جفن پلٹ لیں اور منقاش کا ایک سرا طاق کے اندر ڈالیں۔ پھر منقاش کو بند کر کے خوب دبا کر باہر کی طرف کھینچیں یہ عمل بار بار کریں یہاں تک کہ پوری جفن کی تمام سطح پر عمل ہو جائے۔ ایسا کرنے سے تمام حبیبات ٹوٹ جاتے ہیں اور ان کے اندر کا مواد مع خلیات کے باہر نکل آتا ہے۔ بعض ماہرین اس عمل کے بعد فوراً کاسٹک یا پرکلورائڈ محلول کی پھریری لگانے کی سفارش کرتے ہیں۔ پرکلورائڈ محلول کی طاقت دو ہزار میں ایک ہونا چاہئے۔

ہمارا خیال ہے کہ عمل جراحی کے بعد ٹھنڈی پٹی لگانا بہتر ہے کیونکہ اس عمل کے بعد ردعمل بہت شدید ہوتا ہے۔ اگر بالائی طاق کے اندر حبیبات بہت بڑے ہوں اور زیادہ نزدیک نزدیک گھنے واقع ہوں تو طاق ملتحمہ کو بالکل نکال کر علحدہ کر دیں چونکہ طاقی ملتحمہ اس مقام پر بہت فالتو پایا جاتا ہے۔ اس لئے اس کو کاٹ کر نکال دینے سے خراب نتائج نہیں رونما ہوتے غضروفی حصہ کے پچھلے ملتحمہ کو عریاں کر کے دیکھنے کے لئے بالائی جفن کو دوہرا الٹ دیتے ہیں۔ بالائی جفن کو دہرا الٹ کر اس حیثیت کے دونوں طرف سوئی کے ذریعہ ڈورا ڈال دیں۔ پھر ان ڈوروں کو اگر پکڑ کر نیچے کو کھینچا جائے تو طاقی ملتحمہ نیچے آجاتا ہے۔ اب اس کو قینچی سے کاٹ کر علحدہ کر دیں۔ اگر غضروف جفنی بھی خراب ہو تو اس کو بھی کاٹ کر الگ کر دیں۔

بثل قرنیہ کا کوئی خاص علاج نہیں ہے معمولی علاج سے جب فائدہ نہ ہو تو "عمل پیری ٹومی" (Peritomy)

کیا جائے۔ اس عمل جراحی میں ملتحمہ کا ۵ ملی میٹر چوڑا دائرہ قرنیہ کے کنارے کے چاروں طرف سے کاٹ دیا جاتا ہے اور پھر اس کو علیحدہ کر کے ننگی سطح کو بجلی سے جلا دیتے ہیں۔ ایسا کرنے سے اس مقام کے عروق ضایع ہو جاتے ہیں اور پھر از سر نو نہیں اُگتے۔ قرنوی قروح کا علاج حسب معمول کیا جائے۔ مریض کو صاف ہوا میں رکھنا۔ اس کی عام جسمانی تندرستی کا خیال۔ اس کو صاف ستھرے کپڑے پہنانا۔ مرچ مصالحہ جات وغیرہ سے پرہیز۔ آنکھوں میں کبھی انگلی نہ لگانا۔ اور قبض نہ ہونے دینا اس مرض کے علاج میں ضروری چیزیں ہیں۔

نپولین کے زمانہ میں جب فرانسیسی فوج مصر گئی وہاں سے وہ اس مرض کو اپنے ساتھ لائی اور اس کو یورپ میں پھیلنے کا موقع ملا۔ جنگ عظیم میں چینی مریضوں میں اس کا علاج کرنے میں بڑی کامیابی حاصل ہوئی۔

ملتحمہ کا تدرن
Tubercle of the Conjunctiva

اس مرض میں ہمیشہ آخر میں قرحے پیدا ہو جاتے ہیں۔ ان قروح کی صرف دو وجہیں ہیں (۱) ملتحمہ کے اندر کوئی غریب جسم موجود ہو (۲) ورنی یا آتشکی کیفیت ملتحمہ کے اندر پائی جائے۔ تدرن کی مختلف قسمیں پائی جاتی ہیں۔

(۱) چھوٹے چھوٹے بیشمار قروح جفنی ملتحمہ پر ملتے ہیں۔

(۲) حبیبات جفنی ملتحمہ پر بھی پائے جاتے ہیں جو رمد حبیبی سے بہت زیادہ مشابہ ہوتے ہیں۔

(۳) کویوں پر جیلی جیسے مشابہ ابھار پائے جاتے ہیں۔

بعض اوقات آنکھ کے اردگرد کا مرض بڑھ کر ملتحمہ کے اندر بھی پہونچ جاتا ہے۔ ایسی صورت میں کان کے سامنے کا لمفاوی غدہ بڑھ جاتا ہے اس کے اندر پیپ بھی پیدا ہو سکتی ہے۔ یہ مرض بھی مزمن ہوتا ہے قروح سستی سے بڑھنے والے (Indolent) ہوتے ہیں۔ عام طور پر مریض جوان العمر ہوتے ہیں ان کے جسم میں کسی دوسری جگہ تدرن نہیں پایا جاتا۔ اس میں کوئی شک نہیں ہے کہ یہ مرض جسم کے اندرورنی عدوی پہونچنے کی ابتدائی علامت ہے۔ ملتحمہ میں اگر خفیف رگڑ ہو تو ورنی جراثیم اس میں داخل ہو جاتے ہیں اور یہ خفیف و معمولی رگڑ آنکھ کے اندر گرد و غبار پڑ جانے کی وجہ سے اس کو ملنے سے پیدا ہوتی ہے۔ جب تک قرحہ وسیع ہو کر بہت بڑی جگہ کو نہ گھیر لے اس میں درد یا تکلیف بہت کم ہوتی ہے۔ اس مرض کی دوسری قسموں کو غلطی سے رمد حبیبی سمجھ لینا ممکن ہے اور اس امر کا بھی امکان ہے کہ باوجود غلط علاج کے شفا حاصل ہو جائے۔

مرضی تشریح - قرحہ سے کھرچن لے کر رنگ دینے کے بعد خوردبین سے عصار درنیہ کے لئے معائنہ کریں۔ ملتحمہ کے اندر یہ ابھار دانے کی خصوصی ساخت اپنے اندر رکھتے ہیں۔ مشکوک حالتوں میں مواد کی تلقیح حیوانوں میں کرنے کے بعد تشخیص کا تعین کیا جائے۔ درنی نسیج کو اگر خرگوش کی آنکھ کے خزانۂ مقدم میں داخل کردیں تو دو یا تین ہفتہ کے بعد مخصوص درنی عقد مقامی طور پر پیدا ہو جاتے ہیں۔ ارنب مصری کے جوف باریطونی میں اس کی تلقیح کرنے سے بہتر نتائج اخذ کئے جاسکتے ہیں۔ وان پرقیت (Von-pirqnet) کا ردعمل کر کے بھی دیکھ لینا چاہئے۔

علاج - چونکہ اس جگہ کا تدرن عدوی کی ابتدائی حالت ہوتی ہے۔ اس لئے مقام ماؤف کو کاٹ کر الگ کر دینا مناسب ہوتا ہے۔ اگر بالکل کاٹ کر اس کو الگ نہ کرسکیں تو کھرچ کر صاف کر دینا چاہئے۔ تازہ درنین کی نہایت خفیف مقدار میں تلقیح کرنے سے بہتر نتائج رونما ہوتے ہیں۔ طبقۂ ملتحمہ کے نیچے ۲ فیصدی طاقت کا (گوایاکول کا کوڈی لیٹ) (Guaicol cacodylate) کی تلقیحات سے بھی فائدہ پہونچتا ہے۔ ۸۰ فیصدی طاقت کا حامض لبنی (Lactic acid) لگانا بھی مفید ثابت ہوا ہے۔ ملتحمہ سے متعلقین میں تدرن نہیں پہونچتا۔ اگر عرصہ تک علاج کے باوجود اندمال نہ ہو تو آنکھ کو نکال دینا ہی زیادہ مناسب ہوگا۔

آتشک کا ابتدائی درجہ ملتحمہ میں شاذونادر ہی شروع ہوتا ہے۔ ورم صمغی بعض اوقات ملتحمہ میں پایا جاتا ہے اس کی تشخیص کے لئے ابتدائی اور ثانوی درجہ میں قروح کا کھرچن لے کر حلزونہ آتشکی کے لئے معائنہ کرنا چاہیے۔ تیسرے درجہ میں مریض کے خون کا تفاعل واسرمانیہ (Wassermann's test) بھی ضرور دیکھنا چاہئے۔

ادویہ کی وجہ سے پیدا ہونے والا التہاب ملتحمہ

بعض لوگوں کی آنکھ میں ایٹروپین ڈالنے سے تکلیف پیدا ہو جاتی ہے، اور کبھی خراش بھی ہو جایا کرتی ہے۔ ایسرین سے بھی ایسا ہوتا ہے اور بعض اوقات دوسری دواؤں کے لگانے سے بھی آنکھ میں التہابی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ اجفان متورم ہو جاتی ہیں اور ان میں تناؤ پیدا ہوتا ہے۔ ملتحمہ کا معائنہ کرنے پر حویصلات ملتے ہیں اور کبھی غشا بھی ملتی ہے۔ ہمارے خیال میں کبھی ان ادویہ میں دوسرے اجزاء ملجانے کی وجہ سے ایسا ہوتا ہے جو لوگ کرائی سوفنک ایسڈ (Chrysophanic acid) کی فیکٹری میں کام کرتے ہیں ان کو ملتحمہ کے خفیف التہاب کی شکایت ہو جاتی ہے۔ بہت عرصہ تک سنکھیا کے مرکبات کھانے سے بھی یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ ساگون کی لکڑی کا برادہ خصوصیت کے ساتھ آنکھ میں خراش پیدا کرتا ہے بعض لوگ

کی آنکھوں میں بلیوں اور گھوڑوں کے ساتھ کھیلنے سے بھی ملتحمہ کا التہاب پیدا ہو جاتا ہے - اسی طرح بعض پھولوں کے پتے ہاتھ میں رکھنے سے پیدا ہو جاتا ہے -

علاج - اگر ایٹروپین سے تکلیف پیدا ہوئی ہو تو اس کا استعمال بند کر دیں اور اس کے بجائے دوسری دوائیں مثلاً ڈوبائے سین Duboisin sulphate ½ فیصدی یا سکوپولامین Scopolamin hydrobromide ⅙ سے ⅕ فیصدی یا ہائیوسین (Hyoscin) ⅕ فیصدی طاقت کی استعمال کریں - مگر موخر الذکر دوا کے استعمال سے سمی کیفیت و علامت ظاہر ہوتی ہے - بعض ماہرین کی رائے ہے کہ اگر جفنی جلد پر گلیسرین وغیرہ اس خیال سے لگائی جائے کہ ایٹروپین جلد پر نہ لگے تو یہ التہاب نہیں پیدا ہوتا - اس التہاب کی حالت اسباب کے دفعیہ کے بعد بہت جلد درست ہو جاتی ہے - حابس محلولات کے استعمال سے فائدہ ہوتا ہے - اب ہم ذیل میں ملتحمہ کی بعض ایسی بیماریوں کا ذکر کرتے ہیں جو شاذ و نادر پائی جاتی ہیں -

رمد ربیع - موسم گرما کا التہاب ملتحمہ
Spring catarrh

بعض لوگوں کی آنکھوں میں موسم گرما میں یہ التہاب پیدا ہوتا ہے اور ہر سال یہی صورت ہوا کرتی ہے - نوعمر بچوں میں عموماً زیادہ پائی جاتی ہے لڑکوں میں اس کے ساتھ ساتھ خفیف التہاب ملتحمہ کی علامتیں بھی ملتی ہیں - مثلاً آنکھوں میں جلن ہوتی ہے - کھجلی بھی پائی جاتی ہے - خفیف چوند لگتی ہے اور آنکھ سے پانی بہتا ہے - یہ سب اس کی علامتیں ہیں - یہ حالت دونوں آنکھوں میں ملتی ہے - موسم سرما میں تمام شکایتیں نیز مقامی عوارض بھی دفع ہو جاتے ہیں مگر گرمی کے شروع ہوتے ہی پھر یہی حالت عود کر آتی ہے - بعض بعض انسانوں میں یہ مرض پایا جاتا ہے - متعدی نہیں ہوتا - بعض ماہرین نے اس کا سبب سورج کی ان شعاعوں کو بتایا ہے جو کیمیادی اثر رکھتی ہیں - مگر ان کے پاس اس کا کافی ثبوت نہیں ہے -

مذکورہ بیماری کے مریضوں میں دو قسم کی علامتیں پائی جاتی ہیں -

(۱) مقلی علامات -

(۲) جفنی علامات -

دونوں حالتیں ایک ہی مریض میں بھی جمع ہو سکتی ہیں - مگر ایسا بہت کم ہوتا ہے - اگر جفنی علامتیں صاف اور نمایاں

طور پر پائی جائیں - تو اس کی تشخیص میں کوئی دشواری نہیں ہوتی جفنی ملتحمہ کو پلٹنے پر ملتحمہ میں تقیح پایا جاتا ہے اور وہ چند کثیر الاضلاع رقبوں میں منقسم ہو جاتا ہے - جو چاروں طرف کے ملتحمہ سے اُٹھے ہوئے نظر آتے ہیں - ان کا رنگ دودھ کی طرح سفید نیلگوں ہوتا ہے - یہی حالت زیریں جفنی ملتحمہ کی بھی ہوتی ہے -

ملتحمی عقد نسیج لیفی کی وجہ سے جن پر یہ مشتمل ہوتے ہیں سخت ہو جاتے ہیں اور ان کے اوپر کا بشرہ دبیز ہو جاتا ہے - اسی وجہ سے ان کا رنگ سفید معلوم ہوتا ہے - ایوسائینوفیل کریات بیضا ران کے اندر پائے جاتے ہیں اس بیماری کے مواد میں ایوسائنوفیل کی تعداد کافی ہوتی ہے -

اس کی جفنی قسم کا پہچاننا مشکل امر نہیں ہے مگر رمد جبیی سے چونکہ یہ حالت ملتی ہے لہذا ان دونوں کے درمیان تشخیص فارقہ کے لئے مندرجہ ذیل نکات کو یاد رکھیں -

(۱) اس مرض میں عموماً بچے مبتلا ہوتے ہیں (۲) ملتحمہ کے مرتبع رقبوں کا رنگ دودھ سے ملتا ہے (۳) طاقی ملتحمہ میں یہ ابھار بالکل نہیں ہوتے - موسم سرما میں مریض بالکل تندرست رہتا ہے صرف موسم گرما میں اس تکلیف میں مبتلا ہو جاتا ہے - مذکورہ خاص علامتیں ایسی ہیں کہ جن کے ذریعہ رمد جبیی سے تفریق کی جاتی ہے - اس مرض کی مقلی قسم کا پہچاننا ضرور مشکل ہے - اگر قرنیہ کے محیطی ملتحمہ پر دبیز اور ابھرا ہوا ایک ہالہ پایا جائے جس کی شکل حلیمی نما اور رنگ دودھیا ہو تو اس وقت اس کو رمد ربیعی سمجھنا چاہئے ان باتوں کے باوجود بسا اوقات اس میں اور رمد بثری میں تشابہ ہوتا ہے اور تشخیص میں غلطی واقع ہو جاتی ہے -

رمد جبیی اور رمد بثری دونوں حالتوں میں سردی کے زمانے میں بیماری قائم رہتی ہے مگر کسی قدر کمزور اور خفیف حالت میں ہوتی ہے - خطرناک عوارض اس میں کبھی نہیں پیدا ہوتے - انذار مرض اچھا ہوتا ہے - بعض اوقات خاص قسم کی سحابی کیفیت قرنیہ میں پیدا ہو جاتی ہے جو قوس شیخوخت سے مشابہ ہوتی ہے اس کے بعد ملتحمہ میں گندلا پن موجود رہتا ہے -

علاج - علامات کے مطابق کیا جائے اور ایسی عینک استعمال کرنے کی تاکید کی جائے جس کے اندر باہر سے کوئی شے داخل نہ ہو سکے اور اس کے شیشے رنگین ہوں - آنکھ کی تکلیف کمزور ایسٹیک ایسڈ (تیزاب سرکہ) سے بہت کم ہو جاتی ہے - اس کے محلول کی طاقت (۰۵ ۲ قطرہ پانی میں اگرین) ہونا چاہئے - ایڈرینیلین کے محلول

سے عارضی تسکین ہوتی ہے زرد سیمابی مرہم لگانے کے بعد اجفان کو آہستہ آہستہ ملنا مفید ہوتا ہے گوایا کول حرکہ
اسے ۱۰ فیصدی طاقت تک کا بھی استعمال کر سکتے ہیں ۔ حابس دواؤں مثلاً بورک گلیسرین وغیرہ سے فائدہ پہونچتا ہے
کھانے کے لئے سنکھیا کے مرکبات دیں ۔ بعض مریضوں کو ریڈیم کے ذریعہ علاج سے بھی فائدہ ہوتا ہے ۔ بعض ابھری
ہوئی نسیجوں کو کاٹ کر نکال دینے کا مشورہ دیتے ہیں مگر اس سے کوئی فائدہ نہیں ہوتا ۔
عمومی صحت کو درست کرنے کی کوشش کی جائے لوزتین اگر بڑھ گئے ہوں تو ان کو عمل جراحی سے کاٹ
دیا جائے ۔ خلف الانف غدوی نسیجوں پر بھی جرحی عمل کیا جائے بشرطیکہ وہ موجود ہوں ۔

رمد عقدی
Ophthalmia nodosa

کبھی غلطی سے اس کو ورنی مرض تشخیص کرتے ہیں ۔ یہ مرض آنکھ کے اندر بعض حشرات الارض
کے بال پڑنے سے پیدا ہوتا ہے اور عام طور پر گرمی کے آخری زمانہ میں پایا جاتا
ہے اس میں چھوٹے چھوٹے نیم شفاف سرخی مائل یا زردی مائل خاکستری رنگ
کے عقد ملتحمہ پر ملتے ہیں ۔ خوردبینی امتحان سے ملتہب مقام پر بال کی موجودگی ثابت ہوتی ہے جن کے گرد خلیات
عظیمہ اور خلیات لمفاویہ موجود ہوتے ہیں ۔

علاج ۔ ملتحمہ کے ان عقد کو کاٹ کر الگ کر دینا چاہئے ۔ اور التہاب ملتحمہ کے عام اصول کے مطابق
علاج کرنا چاہئے ۔

پے ری ناڈ کا التہاب
Perinaud's Conj.

یہ التہاب بسا اوقات رمد حبیبی یا رمد ورنی سے مشابہ ہوتا ہے اس لئے تشخیص
میں غلطی ہو جاتی ہے ۔ لہذا یاد رکھنا چاہئے کہ یہ مرض
صرف ایک آنکھ میں ہوتا ہے ۔ اس میں ندبی ابھار جفنی یا طاقی ملتحمہ پر پائے
جاتے ہیں اس کے ساتھ کان کے سامنے اور تحت الفک غدد لمفاوی پھول جاتے ہیں ۔ بعض اوقات ان میں پیپ بھی
پڑ جاتی ہے ۔ اس بیماری کی ابتدا خفیف بخار سے ہوتی ہے اور مہینوں تک یہ قائم رہتی ہے ۔ ماہرین کا یہ خیال
ہے کہ اس کا سبب حیوانی عصار، درنیہ ہوتے ہیں اور لیپٹوتھرکس (Leptothrix) بھی اس کا باعث ہوتا ہے

ملتحمہ کا دار انقفاع
Pemphigus

یہ مرض بہت کم ہوتا ہے مگر جب ملتحمہ میں لاحق ہو تو خطرناک ہوتا ہے ۔ اس میں بعض اوقات
ملتحمہ پر آبلہ کی صورت ظاہر ہوتی ہے جو خاکستری سفید غشائی ٹکڑوں کی صورت میں

پائی جاتی ہے۔ اس کے بعد ملتحمہ میں لیفی مذبی ساخت بہت زیادہ بنتی ہے۔ یہاں تک کہ بعض اوقات ملتحمہ خطرناک طریقہ پر سکڑ جاتا ہے اور اسی کے ساتھ قرنیہ کا مناسب تغذیہ نہ ہونے کی وجہ سے اس کی سطح پر سحابی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے اس میں ناک کے اندر بھی آبلہ نما پھنسیاں پائی جاتی ہیں۔ منہ اور گلے میں اور شاذ و نادر جلد پر بھی یہ حالت ملتی ہے۔

رمد کہربائی
Electric light ophthalmia

بجلی کی فوق البنفشی شعاعوں سے ملتحمہ جل جاتا ہے جس کی وجہ سے اس میں شدید درد ہوتا ہے۔ آنکھ سے پانی بہتا ہے۔ چوندلگتی ہے۔ جفنی انقباض پایا جاتا ہے۔ اور چند گھنٹوں میں جفنی ملتحمہ میں ورم پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ حالت بعض اوقات بجلی کے شارٹ سرکٹ ہونے سے جو تیز روشنی نکلتی ہے۔ اسی کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔

تیز روشنی کی وجہ سے پیدا ہونے والا التہاب ملتحمہ

اس کی علامتیں زیادہ نمایاں اور درد زیادہ شدید ہوتا ہے لیکن جلد غائب بھی ہو جاتا ہے۔ اس کی مختلف صورتیں ہو سکتی ہیں۔ ممکن ہے کہ التہاب ملتحمہ سے ابتدا ہو اور ضعف بصر پر اس کا اختتام ہو۔ ذیل کے امراض سے اس کا تعلق ہوتا ہے۔

رمد کہربائی۔ برف کی چوند سے لاحق ہونے والا اندھاپن۔ یہ بھی ممکن ہے کہ بجلی کی چمک سے پیدا ہو جائے یا بجلی کے تاروں کے درمیان غلط تعلق قائم ہونے سے جو روشنی پیدا ہو وہ اس کا باعث بنے۔ شعاع فوق البنفشی کے کمرہ میں بہت دیر تک آنکھیں اگر فوق البنفشی شعاعوں کے ماتحت رہیں تو بھی یہ مرض پیدا ہو سکتا ہے۔ مذکورہ تمام حالتوں میں مرضی تصویر یکساں ہوتی ہے۔ ان سب میں زیادہ تکلیف دہ فوق البنفشی شعاعیں ہوتی ہیں جن کا اثر آنکھ کی سطحی ساختوں پر بہت پڑتا ہے اس کے اثر کی مختلف صورتیں ہیں۔ ہو سکتا ہے کہ بالکل خفیف ہو یا اس قدر شدید ہو کہ جفن اور ملتحمہ میں ورم پیدا کر دے۔ ممکن ہے کہ یہ ورم متوسط درجہ کا ہو۔

اس میں قرنیہ کے سطحی بشرہ کے غائب ہونے کا امکان ہے۔ اگر ایسا ہو گا تو قرنیہ میں سطحی زخم پیدا ہو جائیں گے اور مریض کی تکلیف میں بہت اضافہ ہو جائے گا۔ سخت چوند، حدقہ عین کا شدید انقباض۔ بکثرت آنکھ سے پانی بہنا۔ تکلیف دہ انقباض جفن اس میں پائے جا سکتے ہیں۔ چوند کی وجہ سے التہاب ملتحمہ کی علامتیں ذرا دیر میں نمایاں ہوتی ہیں یعنی شعاعوں کے اثرات کے چند گھنٹے کے بعد پیدا ہوتی ہیں۔ ان کے علاوہ بقیہ بیماریوں میں بھی یہی کیفیت ہوتی ہے۔

ہر قسم کی تیز روشنی سے ملتحمہ میں التہاب پیدا ہو سکتا ہے - عام اس سے کہ یہ تیز روشنی سمندر پر ہو یا ریگستان میں جو یا برف یا نمک کے تودوں سے منعکس ہو کر آنکھ میں داخل ہو - ہوا - گرد و غبار اور چوند عموماً تینوں ایک ساتھ اپنا اثر کرتی ہیں - کیونکہ گرم ممالک میں قرنیہ خشک ہوتا ہے - ایسی حالت میں آنکھ میں اگر گرد وغیرہ پڑ جائے تو آنکھ کو ایک قسم کا ضربی صدمہ پہونچتا ہے - اس پر مزید یہ کہ فوق البنفشی شعاعوں کا خراب کن اثر نمایاں ہوتا ہے - اسپنج نکالنے والے غوطہ زن لوگوں کی آنکھ میں بھی چوند کی وجہ سے یہ کیفیت پیدا ہو جاتی ہے کیونکہ یہ لوگ گھنٹوں روشن سمندر میں منہ کے لیٹے رہتے ہیں ان کا منہ ایک پیپے کے اندر ہوتا ہے جس کی دوسری طرف شیشہ لگا ہوتا ہے - اس کے اندر سے لوگ سمندر کی تہ کو دیکھتے رہتے ہیں -

ماہرین کا خیال ہے کہ نیچے کی طرف ٹکٹکے رہنا اور تنگ جگہ میں بود و باش بھی اس کا باعث ہے - اس میں آنکھ کے اندر مندرجہ ذیل تکالیف پیدا ہوتی ہیں -

(۱) نظر کی کمزوری (۲) تیز روشنی میں آنکھ کو نہ کھول سکنا (۳) آنکھ کے سامنے اڑتے ہوئے سیاہ تل کا دکھائی دینا -

میدان بصر پر اس کا کچھ اثر نہیں پڑتا - ہم کو اس مرض کے متعلق مکمل معلومات حاصل نہیں - ممکن ہے کہ پانی کی سطح پر مختلف مقامات سے مختلف لہروں سے ستارہ نما انعکاس نور اس کا باعث ہو - اس مرض میں جب آسمان پر ابر ہو تو مریض کو تکلیف نہیں ہوتی - آرام کرنے اور سیاہ چشمے کے لگانے سے وہ جلد اچھے ہو جاتے ہیں -

چوند کی وجہ سے پیدا ہونے التہاب ملتحمہ کا علاج - شروع میں کوکین محلول کے چند قطرے ڈالیں اور ٹھنڈی ٹکمید کریں - آنکھ میں ایٹروپین ڈالی جائے ½۲ فیصدی طاقت کا آرجی رول بہت زیادہ استعمال کریں - مریض کو اندھیرے کمرے میں رکھیں یا اس کو سیاہ چشمہ لگانے کی تاکید کریں - تیز دھوپ وغیرہ سے بچنے کی ہدایت کریں تاکہ اس کی وجہ سے ضعف بصر نہ لاحق ہو -

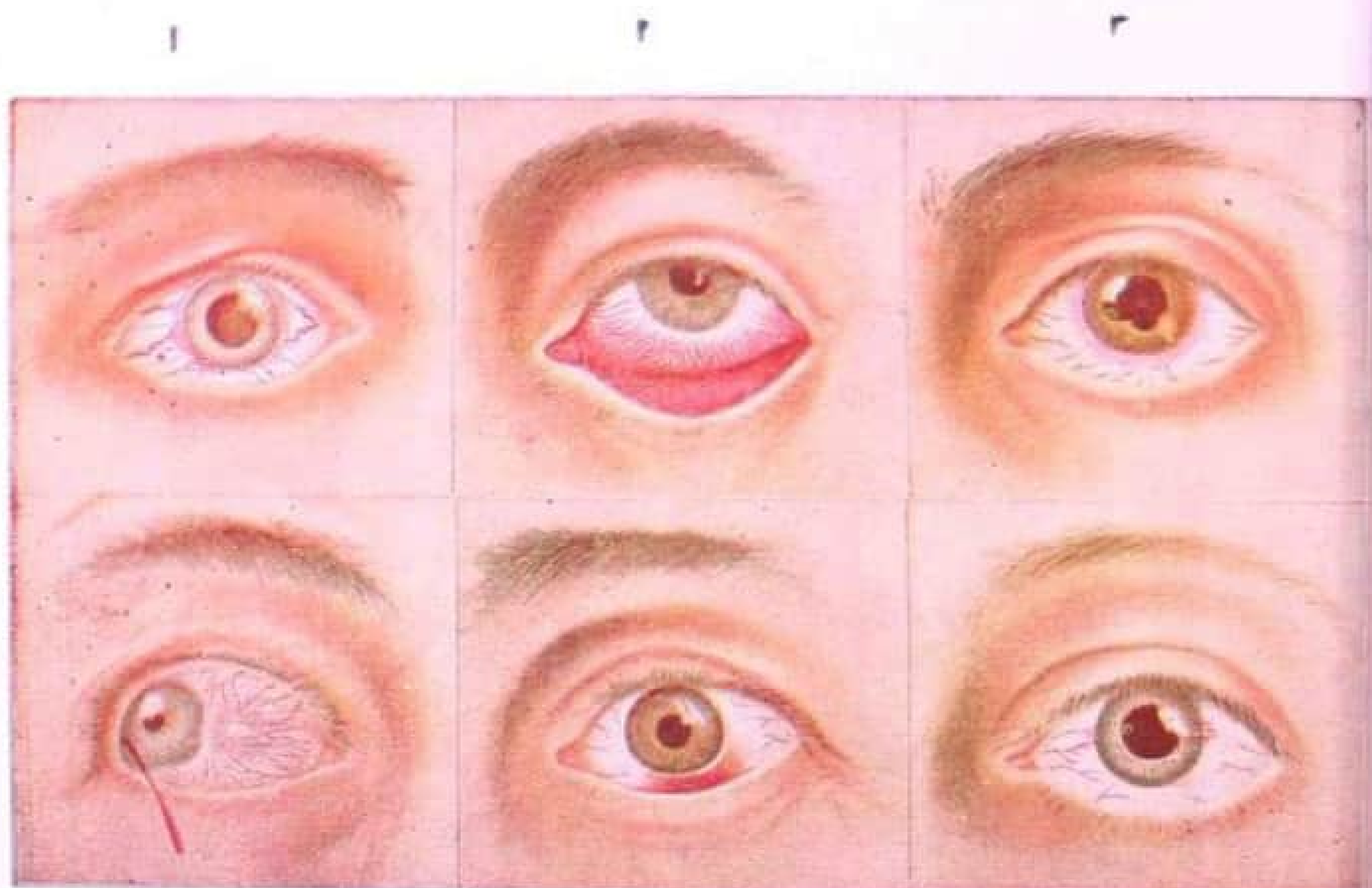
ملتحمہ کی فسادی تبدیلیاں

Degenrative changes in the Conjunctiva

ملتحمہ کا مقامی تکلس Concretion اس حالت میں جفنی ملتحمہ کے اندر چھوٹے چھوٹے زرد رنگ کے سخت مقامات

پلیٹ نمبر ۳

متعلق صفحه ۲۸۶ و ۳۰۶



(۱) احتقان هدبی زرق المائی •

(۲) احتقان ملتحمی بسیط •

(۳) احتقان هدبی بوجه التهاب عنبیه •

(۴) التهاب صلبیه میں احتقان •

(۵) ملتحمه میں انسکاب الدم •

(۶) احتقان هدبی (بشری) •

ہے جاتے ہیں۔ جو بشری خلیات اور خشک شدہ مخاط کے اجتماع سے پیدا ہوتے ہیں یہ اجزاء غدد ہنلے (Henle's glands) کے گڑھوں میں جمع ہو جاتے ہیں۔ حقیقتاً اس میں تکلس بالکل نہیں ہوتا۔ لہٰذا اس حالت کا یہ نام بالکل غلط ہے۔ یہ مقامات اس قدر سخت ہوتے ہیں کہ اگر ملتحمہ کے اوپر کسی قدر ابھرے ہوئے ہوں تو قرنیہ پر ان کی سختی سے رگڑ لگتی ہے ان کی موجودگی سے ایسا معلوم ہوتا ہے کہ کوئی غیر شے آنکھ کے اندر پڑ گئی ہے۔ بڈھوں میں عام طور پر یہ پائے جاتے ہیں۔ ہمارے پاس کوئی معقول دلیل اس امر کی نہیں ہے کہ ہم اس کو نقرسی قرار دیں۔ اگرچہ نقرس کے مریضوں میں جفنی ملتحمہ کے اندر حامض بولی کا اجتماع بھی ملتا ہے۔ ان کا علاج یہ ہے کہ تیز سوئی کے ذریعہ ان کو نکال دیں۔

شارقۃ العین
Pinguecula

یہ اس مرضی حالت کا نام ہے جس میں مثلث نما ابھار ملتحمہ پر پایا جاتا ہے۔ عام طور پر یہ حالت سن رسیدہ اشخاص میں ملتی ہے اور خصوصیت کے ساتھ ان لوگوں میں پائی جاتی ہے جو گرد و غبار اور تیز ہوا میں کام کرنے کے عادی ہوں۔ یہ مثلث نما ابھار فتحۃ العین کے اندر ہوتا ہے جس کی چوٹی قرنیہ سے پرے ہوتی ہے اور قاعدہ قرنیہ کے ساتھ متصل ہوتا ہے یہ سب سے پہلے انفی جانب پیدا ہوتا ہے اور بعد میں صدغی جانب بھی۔ اس کا رنگ زردی مائل ہوتا ہے۔ اور ایسا نظر آتا ہے گویا کہ قرنیہ کے ملتحمہ میں چربی مجتمع ہو گئی ہے۔ اسی وجہ سے اس کا نام (Pinguecula) رکھا گیا ورنہ حقیقتاً اس میں چربی بالکل نہیں ہوتی۔ بلکہ نسیج واصل میں غشائے زجاجی Hyaline degeneration کا وقوع اور زرد لیفی ساخت کی پیدائش کی وجہ سے اس کا یہ رنگ نظر آتا ہے۔

جب آنکھ میں التہاب ہو تو یہ حالت بہت زیادہ نمایاں ہو جاتی ہے۔ اس کی تشخیص میں غلطی کا امکان ہے۔

علاج ۔ اس کے علاج کی کوئی ضرورت نہیں۔ اگر مریض بدوضعی کی شکایت کرے تو عمل جرحی کے ذریعہ اس کو دفع کر دیا جائے۔

ناخونہ
Pterygium

اس حالت میں ملتحمہ طبقہ قرنیہ پر مثلث نما شکل میں بڑھ آتا ہے اور رفتہ رفتہ قرنیہ کے مرکز تک پہنچ کر بینائی کو خراب کر دیتا ہے۔ اگر آنکھ میں ایک طرف ہو تو ہمیشہ انفی جانب پایا جاتا ہے۔ لیکن بعض اوقات آنکھ میں دونوں طرف بھی یہی صورت پائی جاتی ہے۔ اس کی ابتدا شارقۃ العین سے ہوتی ہے۔ اس کو کاذب ناخونہ سے ضرور تشخیص کرنا چاہئے۔

کاذب ناخونہ وہ حالت ہے جس میں متورم ملتحمہ قرنیہ کے کنارے پر قروح کے ساتھ چپک جاتا ہے یہ حالت قرنیہ کے ہر مقام پر پائی جاسکتی ہے اس حالت میں قرنیہ کے محیطی حصہ میں کچھ حصہ قرنیہ کا ملتحمہ سے الگ ہوجاتا ہے۔ اس وجہ سے ہم ایک سلائی کو اس مقام پر ملتحمہ کے نیچے ڈال کر دوسری طرف نکال سکتے ہیں۔ مگر صادق ناخونہ میں یہ حالت نہیں ہوتی ناخونہ کی چوٹی کسی قدر چوڑی ہوتی ہے اور اس کے بعد قرنیہ میں قرحہ نہیں پایا جاتا۔ لیکن چھوٹی چھوٹی جگہ پر سحابی کیفیت ضرور پائی جاتی ہے۔ ابتدا میں ناخونہ موٹا اور عروق دار ہوتا ہے۔ جب اس کا بڑھنا بند ہوجائے تو یہ باریک ہوجاتا ہے اور اس کا رنگ پھیکا پڑ جاتا ہے۔ مگر یہ بالکل غائب نہیں ہوتا۔ صادق ناخونہ ملتحمہ کا صرف ایک پرت ہوتا ہے جو نیچے کی طرف قرنیہ اور صلبیہ سے ملتصق ہوجاتا ہے۔ حالانکہ یہ التصاق نہایت معمولی ہوتا ہے۔ چوٹی پر اس کا تعلق قرنیہ کے ساتھ ضرور مضبوط ہوتا ہے۔ زیرین ساختوں کے ساتھ لمبائی میں بہ نسبت چوڑائی کے کم ملتصق ہوتا ہے یہی وجہ ہے کہ اس کے اوپر اور نیچے کے کناروں پر چنٹ نظر آتی ہے۔

متقدمین کا خیال تھا کہ ناخونہ درحقیقت ملتحمہ کا ایک حصہ ہے جو قرنیہ کی سطح پر قروح ساعیہ کی وجہ سے اوپر کو بڑھ آتا ہے۔ مگر ہمارا خیال یہ ہے کہ قرنیہ کے سرے پر شنارۃ العین کے واقع ہونے سے اس کا تغذیہ خراب ہوجاتا ہے لہٰذا اندبی ساخت آگے بڑھنا شروع کرتی ہے اور اس پر بشرہ کا استر قائم ہوجاتا ہے اور جب اس کی ترقی کی رفتار ختم ہوجاتی ہے تو یہ سخت لیفی نسیج میں تبدیل ہوجاتا ہے

علاج ۔ اگر ناخونہ آہستہ آہستہ پُتلی کی طرف بڑھ رہا ہو تو اس کو نہ چھیڑا جائے مگر جب تیزی کے ساتھ پُتلی کی جانب ترقی کر رہا ہو تو اس کو چوٹی پر سے نہایت احتیاط کے ساتھ الگ کیا جائے اور چوٹی کو نیچے کی طرف لا کر طاقی ملتحمہ کے اندر شگاف دے کر اسی میں سی دیا جائے۔ بچوں کو یہ مرض نہیں لاحق ہوتا۔

"وہ تبدیلیاں جو مختلف حالات کے ماتحت ملتحمہ میں پیدا ہوسکتی ہیں"

زیر ملتحمہ خفیف نزف الدم
Sub conjunctival Ecchymosis

بعض اوقات ملتحمی عروق کے پھٹ جانے سے ملتحمہ کے نیچے معمولی نزف الدم ہوتا ہے۔ ان عروق کے انشقاق کا باعث بلاواسطہ صدمۂ ضرب ہے اور کبھی کبھی بلا کسی صدمہ کے خود بخود پیدا ہوتے ہوئے بھی یہ حالت دیکھی گئی ہے۔ شدید نمونیائی التہاب ملتحمہ میں نزف الدم کے نقاط پائے جاتے ہیں جن کے متعلق

ماہرین کا خیال ہے کہ یہ عروقی سدد ہوتے ہیں۔ سن رسیدہ اشخاص میں کھانسنے سے ۔ قے کے بعد اور بھاری وزن کے اُٹھانے سے بھی یہ حالت دیکھی گئی ہے ۔ جس کا سبب حقیقتاً عروق کی دیواروں کی کمزوری ہوتی ہے ۔ اسی لئے ہمارا خیال ہے کہ آیندہ کے لئے اس کو خطرناک سمجھ کر مناسب علاج جلد کرنا چاہئے۔ اسی حالت میں اگر قرص بصری کا معائنہ کیا جائے تو غربانی ہکلس کی علامتیں پائی جاتی ہیں ۔ اگر یہ علامت موجود ہو تو فوراً اس کا مناسب علاج کریں کبھی مذکورہ علامتیں بالکل نہیں پائی جاتیں ۔ اس حالت کو سوائے اس کے کوئی اہمیت حاصل نہیں ہے کہ یہ آنکھ میں بدنمائی پیدا کرتی ہے ۔ جو بچے کالی کھانسی میں مبتلا ہوں ان میں بھی یہ حالت دیکھی جاتی ہے ۔ آنکھ پر چوٹ لگنے کے بعد بہت کافی مقدار میں نزف الدم ہوتا ہے ۔ اگر ایسا ہو تو اس کا مناسب علاج کریں ۔ کیونکہ چوٹ کی وجہ سے محجری ہڈی ٹوٹ جاتی ہے ۔ اور محجر کی نرم انسجہ میں خون بھر جاتا ہے ۔ ملیریا اور بکر ٹوبیں بھی زیر ملتحمہ نزف الدم پایا جاتا ہے ۔

علاج ۔ ایک ہفتہ سے لے کر ۳ ہفتہ تک خون خود جذب ہو جاتا ہے اور کسی علاج کی ضرورت نہیں پڑتی ۔ شروع میں بورک محلول کی ٹھنڈی پٹی لگانا چاہئے اور بعد میں تکمید کی جائے ۔

ورم یا تہبج ملتحمہ
Chemosis

(۱) حاد التہاب ملتحمہ (۲) لمفاوی دوران کے اندر رکاوٹ واقع ہونے (۳) غیر طبعی دموی حالتوں میں بھی ملتحمہ میں ورم یا تہبج پیدا ہو جاتا ہے ۔ پہلی قسم کے مریضوں میں اس تہبج کی وجہ سوزاکی التہاب ہے یا آنکھ کے اندر عام نسیجوں میں عدوی اس کی وجہ ہے اور اس کے علاوہ زرق الماء حاد میں بھی یہ حالت پیدا ہو سکتی ہے ۔ کبھی گہیری کی وجہ سے بھی ایسا ہو جاتا ہے ۔ کیس دموی کے التہاب ۔ محجری عظام کے التہاب منتشرہ اور التہاب سحابی میں بھی ملتحمہ میں ورم پیدا ہو جاتا ہے ۔ آنکھ میں ڈایونین ڈالنے سے ملتحمہ کے عروق کی دیواروں میں خراش پیدا ہونے کی وجہ سے بھی یہ حالت پیدا ہوتے ہوئے دیکھی گئی ہے ۔

دوسری قسم کے مریضوں میں اس کی وجہ یہ ہے کہ محجری سلعہ کا دباؤ پڑتا ہے ۔ جس کی وجہ سے لمفاوی اور دموی دوران اس قدر رک جاتا ہے کہ ملتحمہ میں تہبج پیدا ہو جاتا ہے اور تیسری قسم کے مریضوں میں اس کا سبب مزمن التہاب الکلیہ یا مختلف اقسام کے فقر الدم ہیں ۔ بعض اوقات حیض کی خرابیوں سے بھی ورم ملتحمہ پیدا ہوتا ہے ۔

رمدیابس
Xerosis

اس حالت میں ملتحمہ خشک ہو جاتا ہے اور اس کی چمک جاتی رہتی ہے۔ ذیل کی بیماریوں میں یہ حالت پیدا ہوتی ہے۔

(۱) مقامی بیماریوں کے ساتھ بطور نتائج کے (۲) عام جسمانی بیماریوں میں بھی یہ حالت دیکھی جاتی ہے۔

پہلی قسم ملتحمہ کے ندبی فساد کا نتیجہ ہوتی ہے۔ جیسا کہ رمد جیبی۔ احتراق یا غشائی التہاب ملتحمہ کے بعد دیکھی جاتی ہے۔ ابتدا میں یہ حالت چھوٹے چھوٹے رقبوں میں پائی جاتی ہے۔ بالآخر سارے ملتحمہ میں پھیل جاتی ہے اور طبقۂ قرنیہ بھی اس میں مبتلا ہو جاتا ہے۔

(۲) اگر ملتحمہ میں ہمیشہ ہوا لگتی رہے جیسا کہ التواء جفن کی حالت میں جب کہ آنکھ پوری طرح نہیں بند ہو سکتی ہو کرتا ہے۔ تو ایسی حالت میں کھلا ہوا حصہ خشک اور ملتہب ہو جاتا ہے۔ بچوں میں بھی یہ حالت ملتی ہے جس کے ساتھ رتوند بھی پائی جاتی ہے۔ اس حالت میں قرنیہ پر خصوصیت کے ساتھ چھوٹے چھوٹے مثلث نما مقامات ملتے ہیں جن پر خشکی طاری ہوتی ہے۔ موسم گرما میں عام طور پر یہ حالت دیکھی جاتی ہے۔ بعض ممالک میں جوانوں میں بھی رتوند کے ساتھ یہ حالت پائی جاتی ہے۔ جو بچے بید لاغر ہوتے ہیں اُن میں سے بعض میں اس کے ساتھ قرنیہ کے بعض حصص مردہ ہو جاتے ہیں۔ یہ خیال ہے کہ اس حالت میں آلات دمعی میں کسی قسم کی خرابی کا پایا جانا ضروری نہیں۔

تشریح مرضی۔ بشری خلیات کے اندر اس بیماری میں خاص تبدیلیاں پیدا ہوتی ہیں یہ خلیات مخاطی حالت کو چھوڑ کر جلدی حالت اختیار کرتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ یہ خشک ہو جاتے ہیں اور ان میں دبازت آجاتی ہے اور رطوبت پیدا کرنا بھی بند کر دیتے ہیں۔ خشکی طاری ہو جاتی ہے۔ غدد مائی بومین کے اندر رطوبت پیدا کرنے کی تحریک زیادہ ہوتی ہے جس کی وجہ سے خلیات کی سطح پر شحمی رطوبت آجاتی ہے۔ اس لئے ملتحمہ کو آنسو تر نہیں کر سکتے۔ مذکورہ حالات میں عصارہ زیروسس بہت زیادہ نشو ونما پاتے ہیں۔ لیکن یہ عصارہ اس حالت کا سبب نہیں ہوتے۔ یہ یاد رکھنا چاہیے کہ رمدیابس کا تعلق آلات دمعی کی خرابی کے ساتھ کچھ نہیں ہے۔ کیونکہ طبعی حالت میں خود ملتحمہ کی رطوبت اس کو تر رکھنے کے لئے کافی ہوتی ہے۔ اس امر کا تجربہ ہو چکا ہے کہ اگر حیوانوں کی آنکھ سے دمعی غدد نکال دئے جائیں تو ان میں رمدیابس نہیں پیدا ہوتی اور جب ملتحمہ کی طبعی رطوبت کی پیدائش میں کمی واقع ہو تو فوراً یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے۔

علاج - چونکہ یہ بطور ایک علامت کے ہے لہذا اس کا علاج بھی اسی لحاظ سے کرنا چاہیئے۔ خشکی کو رفع کرنے کے لئے مقامی طور پر بورک مرہم یا روغن زیتون یا دودھ یا ہلکے قلوی محلول کو لگائیں۔ مریض کو عینک استعمال کرنے کی ہدایت کریں۔ بچوں میں ان کی صحت عمومی کو بہتر بنانے کی کوشش کریں۔

تلوین ملتحمہ Argyrosis

مدت تک کاسٹک یا چاندی کے دوسرے مرکبات کے محلول آنکھ میں استعمال کرنے سے ملتحمہ میں گہرا بھورا رنگ جو سیاہی مائل بھی ہو سکتا ہے پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ رنگ زیریں طاق ملتحمہ میں خصوصیت کے ساتھ پیدا ہو سکتا ہے۔ جس کی وجہ یہ ہے کہ غشاء ملتحمی کے لچک دار الیاف میں چاندی کے ذرات جمع ہو جاتے ہیں۔ اس حالت کا درست کرنا بہت مشکل ہے۔ ایسی حالت میں پوٹاشیم آیوڈائڈ کا محلول۔ فیصدی طاقت کا ملتحمہ کے نیچے تلقیح کیا جائے۔ اور عرصہ تک یوروٹروپین (Urotropin) کھانے کے لئے دی جائے تو البتہ فائدہ کا امکان ہے۔

ملتحمہ کے سلعات

ملتحمہ کے غیر خبیثہ سلعات مندرجہ ذیل ہیں۔

(۱) سلعہ جلدیہ - (Dermoid) (۲) سلعہ شحمیہ (Lipoma)

(۳) سلعہ عروقیہ (Naevus)

ان کے علاوہ دوسری قسم کی اکیاس ہوتی ہیں۔

سلعہ جلدیہ - یہ ٹھوس سلعہ قرنیہ کے کنارے پر پیدا ہوتا ہے جس کا کچھ حصہ قرنیہ میں اور کچھ ملتحمہ میں ہوتا ہے قرنیہ کے ساتھ یہ مستحکم طریقہ پر مدغم رہتا ہے۔ اور اس پر حرکت نہیں کر سکتا۔ عام طور پر قرنیہ پر صدغی جانب پایا جاتا ہے۔ اس کا رنگ سرخی مائل سفید ہوتا ہے اور سطح پر بشری خلیات پائے جاتے ہیں یا اس کی سطح خشک ہوتی ہے بعض اوقات اس کی سطح پر باریک بال (زغب) بھی ملتے ہیں۔ کبھی ان بالوں میں سے دو لمبے بال لمبے بھی ہو جاتے ہیں اس کی ساخت جلدی ساخت سے بہت مشابہ ہوتی ہے۔ اس میں نسیج واصل پائی جاتی ہے جس کے اوپر بشری خلیات استر کرتے ہیں۔ نسیج واصل میں شعری حویصلات اور مختلف اقسام کے غدد ہوتے ہیں گویا کہ یہ متعلقہ عین پر ایک قسم کا

جلدی جزیرہ ہوتا ہے۔

یہ سلعہ ہمیشہ خلقی ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ دوسری خلقی بدوضعیاں بھی پائی جاتی ہیں۔ مثلاً کانوں کے سامنے (Wart)اور (Harelip) کا موجود ہونا۔ بعض اوقات یہ سلعات پیدائش کے بعد جسم میں بہت بڑھ جاتے ہیں۔

ان کا سب سے بڑا نقصان بدصورتی ہے۔ اگر یہ بڑے ہوں اور ان پر بال موجود ہوں تو آنکھ میں خراش پیدا کرتے ہیں۔ اور ان کی وجہ سے بینائی میں رکاوٹ واقع ہوتی ہے۔ کیونکہ یہ قرنیہ پر حدقی حصہ تک پہونچ کر اور آگے کو بھی بڑھ سکتے ہیں۔

قرنیہ اور صلبیہ پر سے ان کو نہایت احتیاط کے ساتھ علیحدہ کیا جاتا ہے۔ اس کے نکالنے کے بعد ملتحمہ کا زخم دونوں کناروں کے آپس میں سی دینے سے مندمل ہو جاتا ہے۔ قرنیہ پر جس مقام پر یہ سلعہ ہوتا ہے وہ ہمیشہ کے لئے سحابی کیفیت اختیار کرلیتا ہے۔ اس کو نکال دینے کے بعد اگر اس کے کچھ حصص باقی رہ جائیں تو وہ دوبارہ بڑھ کر سلعہ کی صورت اختیار کرلیتے ہیں۔

ان جلدی سلعات کو اکیاس جلدیہ سمجھ لینا چاہئے یہ ان سے مختلف نوعیت کے ہوتے ہیں۔ جلدی کیس میں اندر کی طرف بشرہ اور اندر کی جانب دوسری ساختوں کے ساتھ ادمہ ہوتا ہے جو طبعی جلد کے ادمہ سے مشابہ ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے اس میں شعری حویصلات کے علاوہ شحمی غدد اور اکثر عرقی غدد بھی پائے جاتے ہیں۔ ان کے علاوہ ملتحمی غدد کے مانند غدد بھی ملتے ہیں جو ماہر "کروز" کے غدد سے مشابہ ہوتے ہیں۔ شاذونادر صورتوں میں ان جلدی سلعات کے اندر غضروف اور عظام بھی پائی جاتی ہیں لہٰذا ان ساختوں کی موجودگی میں ان کو سلعہ غضروفیہ اور سلعہ عظمیہ کہا جائے تو زیادہ بہتر ہے۔

سلعہ شحمیہ - ملتحمہ کے نیچے سلعہ شحمیہ ایک زرد اُبھار کی صورت اختیار کرتا ہے۔ اور زیادہ تر یہ مقلہ علین پر صدغی جانب پایا جاتا ہے۔ اس کی شکل بے قاعدہ ہوتی ہے اور اس کا مثلث نما قاعدہ صاف معلوم ہوتا ہے۔ قرنیہ کی طرف کو اس کا رخ ہوتا ہے اور مثلث کے دو اضلاع کا رخ باہر کی جانب ہوتا ہے جو مجری شحم میں مدغم ہو جاتے ہیں۔

اگر یہ سلعہ چھوٹا ہو تو بیرونی جفنیم کے اندر نیچے پوشیدہ رہتا ہے اور صرف اس صورت میں نظر آتا ہے۔ جب کہ آنکھ کو بہت زیادہ اندر کی طرف گھمایا جائے لیکن بڑے سلعات شحمیہ آنکھ کے سامنے نکلے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔ ان کی وجہ سے بدصورتی پیدا ہو جاتی ہے۔ اس کے علاوہ اس سے مزید کوئی نقصان نہیں پہونچتا۔ خوردبینی معائنہ میں یہ سلعات شحمی

نصیصات پر مشتمل نظر آتے ہیں۔ ان کے اوپر ملتحمہ اس قدر سخت ہوتا ہے کہ جلد سے مشابہ ہو جاتا ہے۔ اگر یہ صورت پیدا ہو جائے تو ایسے شحمی سلعہ کو مرکب کہا جا سکتا ہے۔ اور اس صورت میں اس کا نام سلعہ شحمیہ جلدیہ بھی رکھا جا سکتا ہے۔

جلدی سلعہ کی طرح یہ سلعات بھی خلقی ہوتے ہیں۔ بعض اوقات بلوغ کے وقت یہ حجم میں بہت بڑے ہو جاتے ہیں اگر بدصورتی کی وجہ سے ان کو نکالنا پڑے تو ملتحمہ کو شگاف دے کر الگ کر دینا چاہئے۔ مگر یہ خیال رکھیں کہ طبعی ملتحمہ کو کسی صورت میں بھی کاٹ کر علیحدہ نہ کریں۔ اسی طرح تمام شحمی نسیجوں کو بھی کاٹ کر نکالنے کی ضرورت نہیں معلوم ہوتی۔

سلعہ عروقیہ ۔ وحمہ ملونہ خاص کر ملتحمہ مقلی پر پیدا ہوتا ہے اور قرنیہ کے نزدیک اس مقام پر ظاہر ہوتا ہے جہاں پر کہ شتارۃ العین پیدا ہوتا ہے۔ یہ سلعہ چھوٹا۔ چپٹا اور نرم ہوتا ہے۔ ملتحمہ کے ساتھ حرکت کرتا ہے۔ اس کا رنگ مختلف ہو سکتا ہے۔ یعنی سرخی مائل رنگ سے لے کر گہرے بھورے رنگ تک ہوتا ہے اور اس کی ساخت وحمہ جلدی سے مشابہ ہوتی ہے۔ ملتحمہ کی نازک نسیج واصل میں بے شمار بے رنگ اور کچھ رنگ دار خلیات ملتے ہیں۔ اور ان کے علاوہ وحمی ملون (رنگ دار) خلیات کے جھنڈ پائے جاتے ہیں۔

بعض ماہرین کا خیال ہے کہ یہ خلیات لمفاوی بشرہ باطنہ سے حاصل ہوتے ہیں اور بعض ان کو سطحی بشری خلیات سے حاصل ہونے والے سمجھتے ہیں۔

عروقی سلعات بھی خلقی اور غیر خبیثہ ہوتے ہیں لیکن بعض اوقات ان سے خبیث قسم کی رسولیاں پیدا ہو جاتی ہیں لہذا ان کا بہترین علاج یہ ہے کہ جلد از جلد ان کو کاٹ کر نکال دیا جائے۔

اکیاس ۔ ملتحمہ کے اندر چھوٹے چھوٹے حویصلات کی صورت میں اکیاس پائی جاتی ہیں جن کے اندر گاڑھی سیال مادہ موجود ہوتا ہے۔ ان میں سے اکثر اور خصوصاً جو مقلی ملتحمہ پر ہوتی ہیں۔ وہ پھیلے ہوئے لمفاوی عروق پر مشتمل ہوتی ہیں۔

طاقی ملتحمہ میں بعض اوقات نیم شفاف لمبی اکیاس پائی جاتی ہیں۔ جو ماہر کراوذ کے نام کی طرف منسوبہ غدد سے پیدا ہوتی ہیں۔ ان اکیاس کے اوپر صاف بشری خلیات کا استر ہوتا ہے اور ان کا کوئی تعلق مقلۂ چشم سے نہیں ہوتا بلکہ حسب طبعی حالت میں رہتا ہے۔ یہ اکیاس صلبیہ کے اکیاس سے مختلف ہوتی ہیں۔ علیٰ ہذا القیاس یہ زیرین جفن کی اکیاس جو فی نفسہٖ چھوٹی آنکھ میں پائی جاتی ہیں۔ ان سے بھی جداگانہ ہوتی ہیں۔ مذکورہ بالا دونوں صورتوں میں مقلۂ چشم میں مرضی حالت پائی جاتی ہے۔

چوٹ وغیرہ کے لگنے سے بھی ملتحمہ کے اندر اکیاس پیدا ہو سکتی ہیں۔

بڑھی ہوئی اکیاس بچوں میں دودہ کیسیہ (Cysticercus cellulosae) کی وجہ سے پیدا ہوتی ہیں۔ اس حالت میں ملتحمہ کے کسی مقام پر ایک جگہ پھیلے ہوئے عروق ملتے ہیں اور یہی عروق عقیدۃً ابھار کی صورت اختیار کر لیتے ہیں اسی کے نیچے کیس کو ہم معلوم کرتے ہیں۔ یہ اکیاس عموماً آسانی کے ساتھ زیرین ساختوں پر حرکت کرتی ہیں۔ ان کا تعلق مخصوص طور کے ساتھ زیرین صلبیہ یا عضلات چشم کے ساتھ ہوتا ہے۔ اگر ان اکیاس کی دیواریں بہت نازک ہوں تو طفیلی حیوانوں کا سر اس کے اندر سفیدی مائل نظر آتا ہے۔ دودہ کیسیہ کو الگ کرنا آسان ہوتا ہے۔ خصوصاً جب کہ تنگاف دے کر ملتحمہ کو کاٹ کر الگ کریں اور اس کے نیچے سے اس کیس کو بھی کاٹ کر علیحدہ کر دیں۔ گویا کہ یہ کیس ایک قسم کا حویصلہ ہے۔ جس کے اندر طفیلی حیوان موجود ہوتا ہے جس کو آسانی سے نکال کر علیحدہ کیا جا سکتا ہے۔

باسور (Polypi) اور دیگر سلعات

باسور اس اصطلاح کے ماتحت ملتحمہ میں اس نرم اور ابھری ساخت کو ہم تصور کرتے ہیں جو کبھی کبھی سخت بھی ہوتی ہے اور ملتحمہ کے ساتھ ایک ڈنڈی (Pedicle) کے ذریعہ ملتحق رہتی ہے۔ اس پر غشاء مخاطی کا نرم استر ہوتا ہے۔ اور یہ طاقی ملتحمہ یا جفنی ملتحمہ میں پیدا ہوتی ہے۔ بعض اوقات نسیجی ڈنڈی کے ذریعہ ملتحمہ سے ملحق ہوتی ہے۔ اور بعض اوقات اس میں کوئی ڈنڈی نہیں ہوتی۔ یہ حجم میں اس قدر بڑی بھی ہو سکتی ہے کہ اجفان کے درمیان سے باہر کو نکل آئے۔ بڑے باسوروں میں گڑھ وغیرہ سے قروح پیدا ہو جاتے ہیں۔ دراصل یہ باسور چھوٹے چھوٹے لیفی سلعات ہیں۔

جس مقام پر یہ لگے ہوئے ہوں ان کو الگ کر کے اس مقام کو "سلور نائٹریٹ" سے جلا دینا چاہیے۔

بعض اوقات حلمی سلعات اور اورام سے ان کو تمیز کرنے میں غلطی ہوتی ہے۔ ان کی سطح صاف نہیں ہوتی ان کے اندر حلمات موجود ہوتے ہیں۔ رس بھری کی طرح ان کی سطح ناہموار ہوتی ہے اور ان میں یا تو کوئی ڈنڈی ہوتی ہے۔ جس کے ذریعہ یہ ملتحمہ سے ملحق ہوتے ہیں یا کوئی ڈنڈی نہیں ہوتی۔ اس وقت خصوصیت کے ساتھ ان میں کوئی ڈنڈی نہیں ہوتی جب کہ یہ اندرونی جفیم سے شروع ہوتے ہیں اور چپٹے طریقہ پر ملتحمہ کے اندر دور تک چلے جاتے ہیں

ان کو بخوبی کاٹ کر الگ کر دینا چاہئے۔ کیونکہ ان کا اعادہ دوبارہ ہو سکتا ہے۔

اریکی سلعات

یہ تیسری قسم کے سلعات ہیں جو ملتحمی باسور سے مشابہ ہوتے ہیں اور ان ہی کے مانند غشاء مخاطی کے ذریعہ ملتحمہ سے ٹکے رہتے ہیں۔ مگر باسور کے لحاظ سے یہ غشاء مخاطی سے ڈھکے ہوئے نہیں ہوتے بلکہ حقیقتاً ان کی لیفی ندبی ساخت اریکہ سے بنی ہوتی ہے۔ اور یہ ان مقامات پر پیدا ہوتے ہیں جہاں پر ملتحمہ کے سطحی خلیات ضایع ہو جاتے ہیں۔ خواہ یہ خلیات قروح کی وجہ سے یا بڑے غبور اور کسی آپریشن جس میں عضلات چشم پر عمل جرحی کیا گیا ہو اس کی وجہ سے ضایع ہوئے ہوں یا کسی دوسرے ملتحمی زخم یا آنکھ کے نکال دینے کے بعد یا ملتحمہ کے نیچے کسی (Chalazion) کے پھوٹ کر ملتحمہ تک پہونچنے سے ضائع ہوئے ہوں۔ کچھ عرصہ کے بعد اپنے قاعدہ پر لیفی ندبی ساخت کے بننے کی وجہ سے سکڑ جاتے ہیں اور پھر سکڑ کر گر پڑتے ہیں۔

مذکورہ تینوں قسم کے سلعات میں بعض اوقات عروق دمویہ بکثرت ملتے ہیں۔ جس کی وجہ سے ان کے اندر سے بار بار ہونے والے نزف الدم کو ہم بخوبی سمجھ سکتے ہیں۔ ان میں سے نزف الدم اس وقت خاص طور پر ہوتا ہے جب کہ ان میں تقرح شروع ہو جائے۔ یا ان کو کسی قسم کا آلی صدمہ پہونچے۔ مثلاً اس وقت جب کہ اجفان کو ان پر زور کے ساتھ ملا جائے۔

اجفان سے سلعہ عروقیہ بڑھ کر ملتحمہ تک پہونچ سکتا ہے ابتدائی عروقی سلعات ملتحمہ میں شاذ و نادر ہی ہوتے ہیں اور اگر ہوتے بھی ہیں تو آنکھ کے اندر کی طرف پائے جاتے ہیں۔ عموماً یہ خلقی ہوتے ہیں اور پیدائش کے بعد حجم میں بڑھتے ہیں

علاج ۔ ان کا علاج یہ ہے کہ کہربائی رو سے ان کو منجمد کر دیا جائے۔

مذکورہ سلعات کے علاوہ ملتحمہ میں سلعہ لمفاویہ Lymphangiomata اور مخاطیہ (Myxomata) بھی پائے جاتے ہیں اور ان کے علاوہ نسیج واصل کی افزائش بھی ہوتی ہے۔ جس میں پلازما کے خلیات عام طور ملتے ہیں۔ ماہرین اب تک یہ فیصلہ نہیں کر سکے کہ ان کو سلعات کے ماتحت شمار کیا جائے یا قرنیہ کے اورام میں سمجھا جائے

سلعات خبیثہ
Malignant tumors

ملتحمہ کے اندر ثانوی طور پر خبیثہ سلعات پیدا ہو جاتے ہیں۔ گویا کہ اجفان سے ان کی ابتدا ہوتی ہے اور ثانوی طور پر یہ ملتحمہ میں پہونچتے ہیں۔ ملتحمہ کے ابتدائی خبیثہ سلعات جو سرطانی اور لحمی ہوتے ہیں وہ ملتحمہ میں مختلف مقامات پر پیدا ہو سکتے ہیں۔ مگر عموماً ان کا ظہور قرنیہ

وصلبیہ کے جار اتصال پر ہوتا ہے۔

سلعہ سرطانیہ بشریہ
Carcinomata

یہ سلعات اورام حلمیہ سے پیدا ہوتے ہیں مگر ان سے مختلف ضرور ہوتے ہیں۔ چنانچہ ان سلعات کی سطح غشاء مخاطی سے ڈھکی ہوتی ہے اور ان کے اندر بے قاعدہ طور پر عروق پھیلے ہوتے ہیں اُن کے اوپر سفید بشری خلیات پائے جاتے ہیں۔

بعض اوقات یہ سلعات دبیز سل قرنیہ کی صورت اختیار کرتے ہیں۔ مگر اس سے یہ سلعات اس امر میں مختلف ہوتے ہیں کہ یہ تعلّی ملتحمہ پر بھی پھیلے ہوتے ہیں۔ ان کی سطح ناہموار اور عقدی ہوتی ہے اور ان کے اوپر بشری خلیات میں سحابی کیفیت نمایاں ہوتی ہے اس امر کا بھی امکان ہوتا ہے کہ بشری خلیات عروق سے ڈھک جائیں اس کے کنارے عموماً آزاد اور صرف زیریں ساختوں پر پڑے ہوتے ہیں مگر سلعہ کے ابتدائی مقام پر بشری زوائد غائر انسجہ تک نفوذ کر جاتے ہیں اور اس مقام پر خصوصیت کے ساتھ یہ زیادہ گہرائی تک پہونچتے ہیں۔ جہاں پر عروق صلبیہ کے اندر داخل ہوتے ہیں۔ گویا کہ اس طریقہ پر سرطانی بشرہ آنکھ کے اندر بھی پہونچ سکتا ہے۔ بغیر کسی قسم کے تفرق اتصال کے سلعہ میں تقرح شروع ہو جاتا ہے۔ جو رفتہ رفتہ بڑھ کر کھلے ہوئے طریق بصری تک پہونچتا ہے۔

سلعہ لحمیہ سوداویہ
Melano sarcomata

عموماً یہ سوداوی سلعہ ہوتا ہے۔ اور وحمہ ملونہ سے حاصل ہوتا ہے۔ زیریں ساختوں کے ساتھ اس کا تعلق خود اس کے نازک قاعدہ کے ذریعہ ہوتا ہے۔ یہ بھورے یا سیاہ رنگ کا سلعہ ہے۔ جو قرنیہ پر پڑا ہوا نظر آتا ہے اس کو اٹھانے پر معلوم ہوتا ہے کہ قرنیہ کا بہت بڑا حصّہ طبعی حالت میں ہے۔

آنکھ کے اندر کی طرف یہ خاص طور پر بڑھتا ہے اور ایک مرتبہ نکال دینے کے بعد دوبارہ پیدا ہو جاتا ہے۔ سلعہ جنینۂ لحمیہ اور سرطانیہ دونوں بہت زیادہ عمر میں پیدا ہوتے ہیں۔ اگر ان کو کاٹ کر الگ نہ کر دیا جائے تو بہت جلد بڑھتے ہیں اور حجم میں بہت زیادہ ترقی کر جاتے ہیں۔ بالآخر احشاء میں ثانوی رسولیوں کی پیدائش کی وجہ سے مریض انتقال کر جاتا ہے۔ لہٰذا جس قدر جلدی ہو سکے جرحی عمل کے ذریعہ ان کا تدارک کرنا چاہیے۔

جب تک یہ سلعات چھوٹے اور سطحی ہوں اس وقت تک صرف مقامی طور سے ان کا علٰحدہ کر دینا کافی ہوتا ہے۔ ماہرین کا خیال ہے کہ اس سلعہ کی موجودگی میں خود آنکھ کو نکال دینا اشد ضروری ہے۔ اگر کسی وجہ سے سلعہ

اور آنکھ کا نکال دینا مناسب نہ سمجھا جائے تو ریڈیم کے ذریعہ علاج کریں۔ ریڈیم کا سلعہ سرطانیہ پر بہترین اثر پایا گیا ہے۔ اگر سلعہ کا نکالنا ناممکن ہو اور آنکھ میں کچھ بینائی باقی ہو تو ایسی صورت میں بھی آنکھ کو نکال دینا چاہئے۔

"امراض قرنیہ"

امراض قرنیہ کی اہمیت اس وجہ سے زیادہ ہے کہ قرنیہ کے اچھا ہو جانے کے بعد بھی مستقل طور پر اس کی سطح سفید اور غیر شفاف ہو جاتی ہے۔ جس کی وجہ سے بینائی میں بہت فرق پڑ جاتا ہے۔ اس کے علاوہ امراض قرنیہ کے بعض عوارض ایسے بھی ہیں کہ جن کی وجہ سے آنکھ بالکل ضایع بھی ہو جاتی ہے۔

التہاب قرنیہ

قرنیہ میں صدیدی اور غیر صدیدی دونوں قسم کے التہاب پیدا ہو سکتے ہیں۔ قرنیہ کے التہاب کے متعلق مستند ماہرین کے بیشمار تجربات کی بنا پر ہمارا علم اب اس قدر وسیع ہو گیا ہے کہ ہم بخوبی اس کی مختلف قسموں کو سمجھ سکتے ہیں

قرنیہ کا التہاب صدیدی
Purulent keratitis

قرحہ قرنیہ۔ اس التہاب کا سبب ہمیشہ خارجی ہوتا ہے یعنی صدیدی جراثیم قرنیہ کے اندر باہر سے داخل ہوتے ہیں اور یہی التہاب پیدا کرتے ہیں۔ قرنیہ کو خارجی حملوں سے محفوظ رکھنے والی پہلی نسیج اس کا بشری استر ہے۔ ہم پہلے بتا چکے ہیں کہ مختلف قسم کے جراثیم میں سے سوزاکی کرویات کے علاوہ عصار خناق وبائی اور کرویات ذات الریہ بھی اس قسم کے جراثیم ہیں جو تندرست بشری خلیات پر حملہ آور ہو سکتے ہیں۔

طبقہ قرنیہ چونکہ آنکھ کے تمام حصص میں سب سے زیادہ کھلا رہتا ہے اس لئے اس پر رگڑ یا خراش کا پہونچنا کوئی تعجب کی بات نہیں ہے۔ مگر اسی کے ساتھ یہ بھی یاد رکھنا چاہئے کہ آنکھ کے اندر شدید سمیت والے جراثیم عام طور پر نہیں پائے جاتے۔ اور اگر ان جراثیم کی موجودگی ہو بھی تو مختلف انسجہ خصوصاً قرنیہ کے مقدم بشری خلیات کی قوت حیات اس قدر قوی ہوتی ہے کہ ان حملہ آور جراثیم سے قرنیہ کو محفوظ رکھ سکتی ہے۔ دوسری بات انسجہ کو یہ بھی حاصل ہے کہ طبعی حالت میں یہ خون اور لمف کی وجہ سے حملہ آور جراثیم کے خلاف کمل کاٹنے سے درست رہتی ہیں۔ لہذا جب تک ایسے جراثیم آنکھ کے اندر نہ داخل ہوں کہ جن کی سمیت نہایت شدید ہو اس وقت تک قرنیہ میں کوئی بیماری پیدا

نہیں ہوسکتی۔ لیکن اس صورت میں بھی مرض کی پیدائش کے لئے ضروری ہے کہ شدید سمیت والے جراثیم بہت زیادہ دیر تک قرنیہ کے ساتھ ملحق رہیں۔

رگڑ کی موجودگی کے علاوہ بعض اوقات آنکھ کے اندر بشری خلیات کی قوت مدافعت کمزور ہوتی ہے جیساکہ ملتحمہ کے خشک ہونے یا رمد یابس میں قرنیہ کے مقدم پرت کے خشک ہو جانے۔ یا ان کا تغذیہ مناسب نہ ہونے کی وجہ سے ان کے مردہ پڑ جانے اور تہیج کی وجہ سے بشری استر کے غائب ہو جانے یا عصبی استرخار کی وجہ سے خود قرنیہ کی خلئی نسیج کا تغذیہ خراب ہو کر اس کے مردہ پڑ جانے کی صورت میں ہوا کرتا ہے۔ اگر کوکین کا محلول آنکھ میں بہت زیادہ استعمال کیا جائے اور دوران استعمال میں آنکھ کو بند نہ رکھا جائے تو اس کا بشرہ کسی قدر گندلا ہو کر سطح سے غایب ہو جاتا ہے اس لئے اس دوا کے استعمال میں خاص احتیاط برتنا چاہئے اور تا وقتیکہ خاص ضرورت پیش نہ آئے اس کو استعمال نہ کرنا چاہئے۔

تغذیہ کی خرابی کا اثر صرف بشری خلیات پر نہیں بلکہ قرنیہ کی تمام خلئی نسیجوں پر پڑتا ہے۔ جب قرنیہ کا تغذیہ کسی وجہ سے خراب ہو تو اس میں گہرے قرحے پڑ جاتے ہیں اور آنکھ کے اندر جلد سوراخ ہو جاتا ہے۔ بالآخر قرنیہ کا بہت بڑا حصہ مردہ ہو جاتا ہے۔ اس قسم کے عفنی قروح میں جو صدیدی جراثیمی حملہ کا نتیجہ ہوتے ہیں ہمیشہ کمزور کرنے والے حالات میں چوٹ چپیٹ کے بعد پیدا ہوتے ہیں۔ صدیدی التہاب قرنیہ کی عام قسم یعنی قرحہ قرنیہ میں قرنیہ کے سب سے مقدم پرت کے اندر مقامی طور پر نکروز پیدا ہو جاتا ہے جس میں مردہ نسیجیں قرنوی سطح سے الگ ہو جاتی ہیں۔ اور بعض قرحہ کی سطح پر قائم رہتی ہیں۔ عموماً خود قرحہ کی سطح سے بشری استر کا زیادہ حصہ اور اسی کے ساتھ غشائیں بھی ضایع ہو جاتی ہے۔ کناروں کی طرف سے بشری خلیات کی افزائش شروع ہوتی ہے جو بہت جلد جلد قرحہ کی طرف بڑھتی ہوئی نظر آتی ہیں اور بالآخر قرحہ کے کناروں پر چڑھ کر مردہ بافتوں یا پیپ کو اوپر سے ڈھانک لیتی ہیں۔ قرحہ عام طور پر کٹوری نما ہوتا ہے اس کی دیواریں قرنیہ کی طبعی سطح سے ابھری ہوئی معلوم ہوتی ہیں



قرحہ قرنیہ کا عمودی قطع۔

شکل نمبر ۱۱۳

اس کی وجہ یہ ہے کہ قرنیہ کے پرت اس مقام پر پانی رطوبت کو جذب کر کے پھول جاتے ہیں۔ ان پرتوں کے درمیان قرحہ کے چاروں طرف کچھ دور تک کریات بیضا کا اجتماع پایا جاتا ہے جس کی وجہ سے قرحہ کے چاروں طرف خاکستری رنگ کا ہالہ نظر آتا ہے۔ یہ درجہ قرحہ کی ترقی کا ہے۔ جسمانی دیگر حصص کے مانند قرنیہ میں ملتہب و غیر ملتہب حصہ کے درمیان حد فاصل قائم ہو جاتی ہے۔

قرحہ کے مرکز میں جہاں پر کہ بکثرت جراثیم موجود ہوتے ہیں۔ ان سے کچھ دور تک باہر کی نسیجیں محفوظ رہتی ہیں یہاں کے نہ تو سمیات کے اثر سے کریات بیضا تباہ ہوتے ہیں اور نہ ان کی حرکت باطل ہوتی ہے۔ اسی وجہ سے یہاں کے خلیات مردہ نسیجوں کی ہضم و تحلیل میں مشغول رہتے ہیں۔ جب مردہ نسیجیں قرنیہ کی سطح سے خارج ہو جاتی ہیں تو قرحہ کا حجم پہلے کے اعتبار سے بڑھ جاتا ہے۔ مگر اس کے چاروں طرف کا گندلے رنگ کا حلقہ غائب ہو جاتا ہے۔ قرحہ کا فرش اور کنارے ہموار اور صاف ہوتے ہیں۔ اس کے بعد قرحہ کا درجہ اندمال (انحطاط) شروع ہوتا ہے۔ اسی دوران میں قرنیہ کے اندر عروق پیدا ہو جاتے ہیں یہ عروق قرحہ کے نزدیک محیط قرنیہ سے چھوٹے چھوٹے عروق کی صورت میں نمودار ہوتے ہیں اور قرنیہ کی ضائع شدہ نسیجوں کو پورا کرنے کا سامان فراہم کرتے ہیں۔ انہی کے ذریعہ اجزاء تریاقیہ بھی اس مقام پر پہونچتے ہیں۔ گویا کہ جراثیمی حملہ آوروں کے خلاف جنگ و جدل میں یہ بڑا حصہ لیتے ہیں۔ بعض اوقات عروق اس قدر زائد پیدا ہو جاتے ہیں کہ فائدہ کی حد سے بڑھ جاتے ہیں۔ اور ایک خاص قسم کی حالت پیدا کرتے ہیں جیسا کہ (**Fascicular ulcer**) میں ہوتا ہے۔

جب قرحہ کے اندر عروق پیدا ہو جاتے ہیں تو لیفی ندبی ساخت کے بننے کے لئے ہر شے موجود ہوتی ہے اور اس کا ظہور بھی دوسرے مقامات کی لیفی ندبی ساخت کے مانند عمل میں آتا ہے۔ نسیج واصل کے قائم شدہ خلیات جو اس مقام پر حقیقتاً قرنوی خلیات ہوتے ہیں یہ بہت زیادہ تعداد میں منقسم ہو کر مغزلی نواتی خلیات کے جھنڈ کی صورت اختیار کرتے ہیں۔ جن کے اوپر بشری خلیات بڑھ کر استر کر دیتے ہیں اور ان کی سطح طبعی سطح سے اونچی ہو جاتی ہے۔ ان مغزلی خلیات کے نوات اور یہ عروق بھی رفتہ رفتہ غائب ہو جاتے ہیں۔ اور ان کی جگہ لیفی نسیجیں پیدا ہو جاتی ہیں چونکہ یہ لیفی الیاف قرنوی پرتوں کی طرح باقاعدہ اور مرتب نہیں ہوتے۔ اسی لئے نور کی شعاعیں ان سے مختلف اطراف میں منعطف ہوتی ہیں۔ لیفی ندبی ساخت جس قدر زیادہ دبیز ہوتی ہے اسی قدر زیادہ غیر شفاف بھی ہوتی ہے۔ اگر یہ لیفی ساخت بڑے رقبہ میں پیدا ہو اور دبیز بھی ہو تو بڑے عروق اس کے اندر قائم رہتے ہیں لیکن چھوٹے عروق غائب ہو جاتے ہیں غشار

بادمنی دوبارہ از سر پیدا نہیں ہوتی ہے اور ضائع ہو جانے کے بعد جیسا کہ ہر قرحہ میں ہوتا ہے ہمیشہ کے لئے سحابی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے مگر سطحی رگڑ جو بغیر قرحے کے مندمل ہو جاتی ہے اس میں ایسا نہیں ہوتا۔

قرحہ کے درجہ تزائد میں آنکھ سے پانی بہت بہتا ہے چوندزیادہ لگتی ہے اور درد ہوتا ہے۔ کیونکہ قرحہ کے اندر عصب جمجمی خامس کی لبصری شاخیں ننگی ہو جاتی ہیں۔ جراثیمی سمیت کسی قدر قرنیہ سے نفوذ کر کے خزانۂ مقدم میں پہونچ جاتی ہے جیسا کہ ایٹروپین آنکھ میں ڈالنے سے جذب ہو کر خزانہ مقدم میں پہونچتی ہے۔ اس مقام پہ جراثیمی سمیت کا انجذاب عنبیہ اور جسم ہدبی کے عروق میں خراش پیدا کرتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ عنبیہ اور جسم ہدبی کا احتقان رونما ہوتا ہے۔ اسی کے ساتھ بعض اوقات محیطی قرنوی حصہ میں شرائین ہدبیہ کا احتقان بھی ظاہر ہوتا ہے۔ اور کبھی یہ احتقان نہیں بھی ہوتا ہے۔ اگر خراش بہت زیادہ ہو تو کریات بیضاء کا تکاثر رونما ہوتا ہے جس کی وجہ سے عنبیہ اور زوائد ہدبیہ کے عروق سے کریات بیضاء نکل کر خزانہ مقدم میں پہونچ جاتے ہیں۔ اور وہاں اپنے ثقل کے ماتحت نیچے کو بیٹھ جاتے ہیں۔ ایسی صورت میں یہ قرنیہ کے نچلے حصہ میں باہر سے دیکھنے پر صاف طور پر معلوم ہوتے ہیں۔ ایسی حالت کو ہم (Hypopyon) ارتشاح صدیدی کہتے ہیں۔ اس کے متعلق چند باتیں یاد رکھنے کے قابل ہیں۔ بعض ماہرین کا خیال ہے کہ صدیدی خلیات قرنیہ سے حاصل ہوتے ہیں۔ حالانکہ یہ غلط ہے۔ اس کے وجوہ ذیل میں بیان کئے جاتے ہیں۔

(۱) غشاء ڈسمٹی کے اندر سے کریات بیضاء نہیں گذر سکتے۔

(۲) ان صدیدی خلیات میں بعض اوقات لونی حبیبات بھی پائے جاتے ہیں جن کی موجودگی اس امر کی دلیل ہے کہ یہ خلیات طریق عنبی سے حاصل ہوتے ہیں۔

(۳) قرحہ قرنیہ میں آنکھ کے اندر سوراخ ہونے سے پہلے اگر خزانۂ مقدم کی پیپ کا معائنہ کیا جائے تو اس کے اندر جراثیم نہیں پائے جاتے۔ علمی اور عملی دونوں نقطہ نگاہ سے یہ مشاہدہ زبردست اہمیت رکھتا ہے۔ کیونکہ یہ اس بات کی دلیل ہے کہ تکاثر کریات مبضاء کا سبب صرف جراثیمی سمیت ہے کوئی جراثیم اس کا باعث نہیں جو کہ خلیات کی طرح غشاء ڈسمٹی سے گذر کر خزانۂ مقدم میں پہونچ سکے۔ یہی وجہ ہے کہ خزانۂ مقدم کی پیپ بآسانی جذب ہو جاتی ہے۔

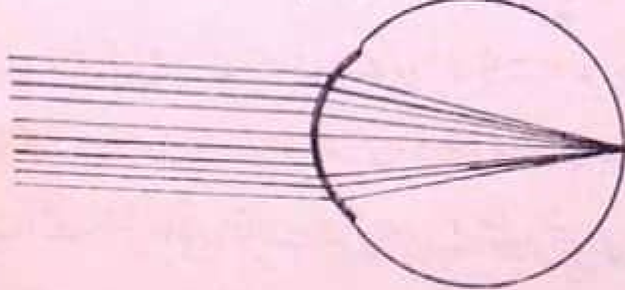
یہ پیپ ایک گھنٹہ کے عرصہ میں پیدا ہو سکتی ہے اور فوری طریقہ پر غائب اور پھر ظاہر بھی ہو سکتی ہے۔ حقیقتاً یہ سیال صدیدی ارتشاح ہے جو مختلف وضع میں مریض کا سر رکھنے سے اپنی جگہ کو بدلتا رہتا ہے۔ چونکہ اس میں جراثیم بالکل نہیں ہوتے

لہذا اس کا نکال دینا کوئی ضروری امر نہیں جیسا کہ دوسرے مقامات کی پیپ کو نکال دینا ضروری ہوتا ہے ۔ اگر قرحہ کا بڑھنا رک جائے اور اس میں اندمال شروع ہو جائے تو یہ صدیدی ارتشاح خود بخود جذب ہو جاتا ہے ۔ بسا اوقات اس کی مقدار اس قدر خفیف اور معمولی ہوتی ہے کہ صاف طور پر معلوم بھی نہیں ہوتی ۔ کیونکہ قرنیہ کے اوپر چڑھی ہوئی صلبیہ کی تہ اس کو چھپائے رکھتی ہے اور کبھی اس قدر کافی مقدار میں ہوتی ہے کہ عنبیہ کی نصف سطح تک پہونچ جاتی ہے ۔ اوپر کی سطح ثقلی وجوہ کے ماتحت ہموار ہوتی ہے ۔ کبھی کبھی اس کی مقدار کی زیادتی یہاں تک دیکھی گئی ہے کہ خزانۂ مقدم اس سے بالکل بھر گیا ہے ۔ ایسی صورت میں اس کی وجہ سے عنبیہ غائب ہو جاتا ہے ۔ اس کی مقدار جس قدر زیادہ ہو اسی قدر یہ کم سیال ہوتی ہے کیونکہ اس کے اندر لیفین کا جال بن جاتا ہے ۔ اس جال کے اندر کریات بیضا پھنس جاتے ہیں ۔ ایسے صدیدی ارتشاح کا انجذاب بہت دیر میں ہوتا ہے اور اس کے نکالنے کے لئے شگاف دینے کی ضرورت پڑتی ہے ۔

لیفی ندبی ساخت جو قرنیہ کی ضایع شدہ نسیجوں کی جگہ لیتی ہے ۔ عموماً اس قدر زائد ہوتی ہے کہ زخم کے گڑھے کو بھر دیتی ہے اور اس پر بشری استر آنے کے بعد اس کی سطح گرد و جوار کی قرنوی سطح کے ہموار ہو جاتی ہے ۔ اگر یہ لیفی ندبی ساخت بہت خفیف ہو تو اس کو سحابہ (Nebula) اور اگر زیادہ دبیز ہو تو اس کو "لقبہ" (Macula) اور اگر بالکل سفید اور موٹی ہو تو اس کو "کوکب" (Leucoma) کہتے ہیں ۔

قرنیہ کی مرکزی منتشر سحابی کیفیت بہ نسبت اس کوکب بیضا کے زیادہ خراب ہوتی ہے جو پورے حدقۃ العین کو نہ گھیرے ہو ۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ سحابی کیفیت کی وجہ سے روشنی کی شعاعیں مختلف اطراف میں منعطف ہوتی ہیں اور کوکب جس قدر حدقۃ العین کے سامنے ہو اسی قدر روشنی کو روکتا ہے ورنہ بقیہ حصہ میں سے روشنی کی شعاعیں صاف گزر سکتی ہیں ۔

سحابہ قرنیہ کا مناظری اثر



شکل نمبر ۱۱۴

یہ ضروری نہیں ہے کہ کسی سحابی کیفیت کی وجہ سے نور کی شعاعیں قرنیہ تک نہ پہونچ سکیں ۔ اگر قرنیہ کے مرکز میں سفیدی ہو تو اس کے دونوں

اطراف میں سے روشنی کی شعاعیں گذر کر اس کے پیچھے مرکز پر جمع ہو سکتی ہیں۔ صرف وہ شعاعیں شبکیہ تک پہنچیں گی جو مرکزی سفیدی میں سے نہیں گزر سکتیں۔ اس صورت میں اشیاء اور ان کی حدود نظر تو آئیں گی مگر وہ زیادہ صاف نہ ہوں گی۔

جب باؤمینی غشاء تباہ ہو جائے تو قرنیہ کی سفیدی مستقل طور پر قائم رہ جاتی ہے۔ مگر عرصہ کے بعد کسی حد تک اس میں کمی ہو جاتی ہے۔ مریض جتنا جوان یا کم عمر ہو اسی قدر اس سفیدی میں کمی کا امکان ہے اور جس قدر گہری یعنی ندبی ساخت ہو اسی قدر اس میں زیادتی ممکن ہے۔ اس حقیقت کو ہم بہترین طریقہ پر اس عمل جرحی میں دیکھ سکتے ہیں۔ جو قرنیہ کے اندر سے سوئی گذار کر عدسہ جلیدیہ میں (نخس الابرہ) (Needling) کے لئے کیا جاتا ہے۔ وہ مقامات جہاں پر کہ قرنیہ کے اندر سوئی داخل کی جاتی ہے۔ ہمیشہ کے لئے نقاط کی صورت میں باقی رہتے ہیں۔

عروق بھی سحابی کیفیت کے کم ہونے میں مدد دیتے ہیں۔ کیونکہ یہ مشاہدہ ہے کہ سحابی کیفیت سب سے پہلے اس مقام سے غائب ہوتی ہے جو عروق کے نزدیک ہو۔ قرنیہ کی نہایت خفیف سحابی کیفیت تقریباً شفاف ہوتی ہے۔ شاید اس کی وجہ یہ ہو کہ اس میں یعنی ندبی ساخت بہت کم ہوتی ہے۔ اسی وجہ سے سطح ہموار یا بعض اوقات ذرا نیچی ہوتی ہے۔ اگر قرنیہ کے انعکاس کو غور سے دیکھنے پر ان مقامات میں صفائح (Facets) نظر آویں تو ان کی وجہ سے بینائی میں بہت فرق پڑ جاتا ہے۔ یعنی ندبی ساخت کی کمی کی وجہ سے طبقہ قرنیہ اس مقام پر بہت پتلا ہوتا ہے اور کچھ عرصہ کے بعد یا اس وقت تو ترعین کے دباؤ سے قرنیہ باہر کو ابھر آتا ہے۔ کیونکہ پتلا ہونے کی وجہ سے اس کی مقاومت کم ہوتی ہے۔ جیسے جیسے یہ ندبی ساخت مضبوط ہوتی جاتی ہے۔ ابھار کم ہوتا جاتا ہے یا ہمیشہ کے لئے یہ جگہ باہر کو ابھری ہوئی باقی رہ جاتی ہے اس کو ہم (Keratectasia) بروز القرنیہ کہتے ہیں

بعض قروح جو شدید سمیت والے کرویات ذات الریہ اور عفنی جراثیم کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں وہ بہت جلد گہرے ہو جاتے ہیں۔ ان قروح میں آنکھ کے اندر سوراخ ہو جانے کا ڈر رہتا ہے۔ ان میں بہت جلد قرنیہ کی خلئی نسیجیں ضائع ہو جاتی ہیں۔ صرف غشاء ڈسمٹی باقی رہتی ہے کیونکہ اس کے اندر جراثیمی عدوی کے خلاف قوت مدافعت بہت قوی ہوتی ہے مگر یہ غشاء اکیلے ترعین کو برداشت کرنے کے قابل نہیں ہوتی۔ اسی لئے قروح کے وسط میں باہر کو ابھر آتی ہے۔ بعض اوقات اس میں سوراخ ہو جاتا ہے اور کبھی یہی صورت قائم رہتی ہے اور اس کے ابھار کے چاروں طرف یعنی ندبی ساخت کا سفید حلقہ

۱—(الف) زیرین جفن کا بیرونی التواء جفنی •

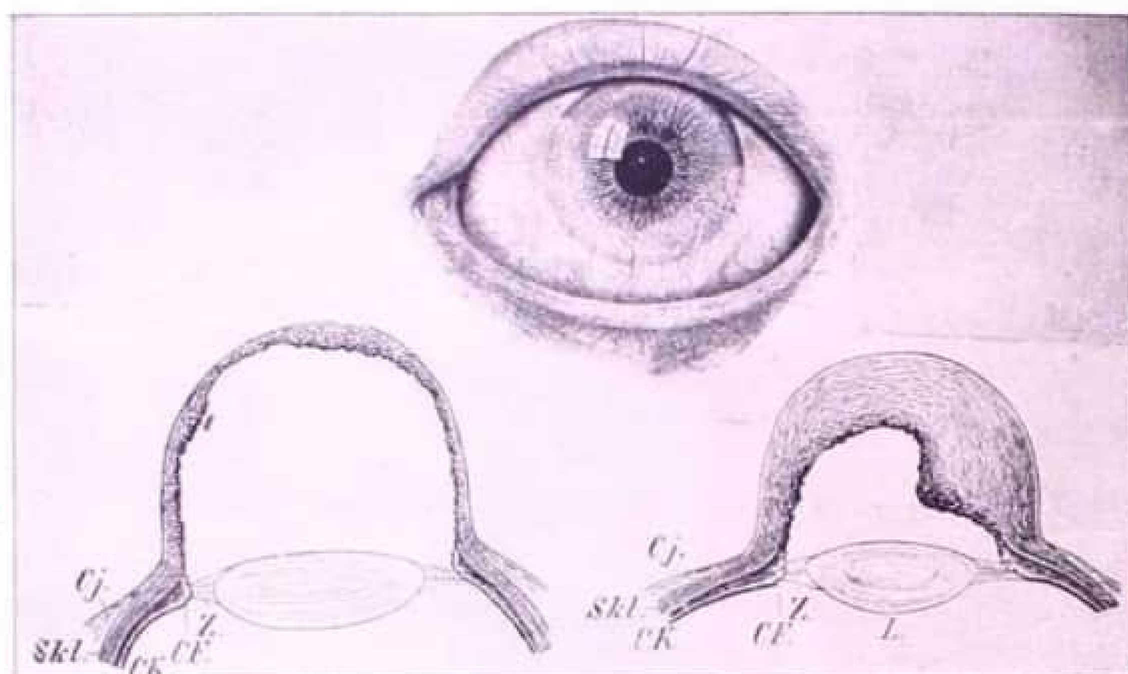
(ب و ج) بروز القرنیہ — (L) عدسہ (Z) رباط معلق عدسہ (CF) زوائد ھدبیہ (CK) جسم ھدبی (SKL) صلبیہ (C. J.) ملتحمہ •

۲—(الف) جزئی انتفاخ قرنیہ جس کے اندر کی طرف عنبیہ کا الصاق ھوگیا ھے •

(ب) تھوڑے سے مقام پر عنبیہ قرحہ قرنیہ کے سوراخ سے باھر نکل کر ایک سیاہ دانہ کی صورت اختیار کرتا ھے — (حروف کی تشریح مثل سابق) •

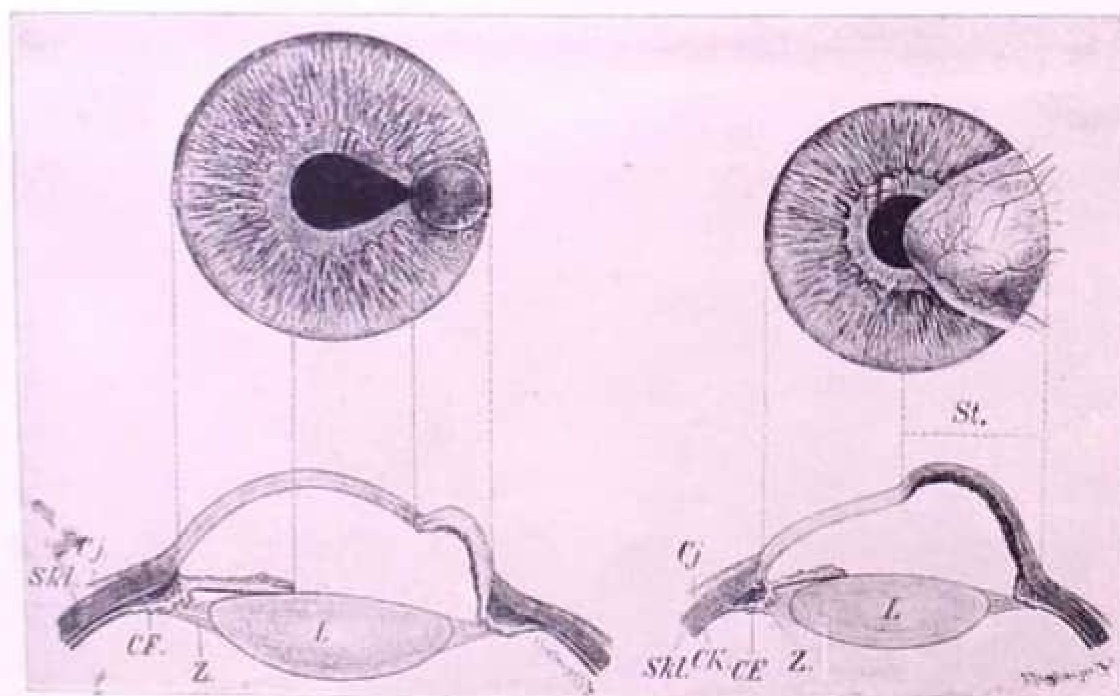
١

ب ج



٢

ب



نظر آتا ہے۔

قرنیہ کے اندر سوراخ ہو جانے کے بعد خزانۂ مقدم کا باہر سے تعلق ہو جاتا ہے۔ اگر قرحہ کے اندر کی طرف سوراخ ہو جائے تو خزانۂ مقدم کی رطوبت مائی فوراً باہر نکل آتی ہے اور توترعین صفر درجہ پر پہونچ جاتا ہے یعنی ہوا کے دباؤ کے درجے کے برابر ہو جاتا ہے۔ طبقۂ عنبیہ اور عدسۂ جلدیہ آگے بڑھ کر قرنیہ کی موخر سطح سے مل جاتے ہیں۔ قرنیہ کے اندر اس سوراخ کے ہو جانے سے اس کے تغذیہ پر اچھا اثر پڑتا ہے۔ توترعین کے کم ہو جانے سے لمفاوی ترشح قرنیہ کے اندر آسانی سے ہو سکتا ہے اس لئے اس ترشح کی مقدار بڑھ جاتی ہے۔ عموماً اس کے بعد قرنیہ کے قروح کا بڑھنا رک جاتا ہے۔ درد کم ہو جاتا ہے۔ اور تیزی کے ساتھ اس میں لیفی ندبی ساخت بننا شروع ہو جاتی ہے۔ اس سوراخ کی وجہ سے جو عوارض رونما ہوتے ہیں وہ بینائی کے لئے بہت برا اثر رکھتے ہیں۔ اور خود آنکھ کے لئے بھی خطرناک ہوتے ہیں۔ یہ عوارض سوراخ کی وضع اور حجم کے لحاظ سے مختلف ہو سکتے ہیں۔

عموماً یہ سوراخ طبقۂ عنبیہ کے سامنے کسی مقام پر ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے جب رطوبت مائی خارج ہوتی ہے تو طبقۂ عنبیہ اس سوراخ کے اندر آکر قائم ہو جاتا ہے۔ لمفاوی رطوبت کی وجہ سے قرحہ کے چاروں طرف اس کا التصاق ہو جاتا ہے۔ جو بعد میں عموماً مستقل صورت اختیار کر لیتا ہے۔ اس طرح گویا مستقل التصاق مقدم (Anterior syn i chia) رونما ہوتا ہے۔ عنبیہ کی وجہ سے سوراخ کے بند ہونے پر خزانۂ مقدم پھر بھر جاتا ہے اور رطوبت مائی کا ترشح بہت کم ہو جاتا ہے۔ اگر مریض اچانک کوئی حرکت ایسی کرے جس میں زور لگے۔ مثلاً کھانسنا۔ چھینکنا۔ اجابت کے لئے کونتھنا یا عضلۂ محیط جفنی کا انقباض وغیرہ تو یہ مائی رطوبت پھر جلد باہر نکل آتی ہے۔ اس قسم کی حرکات جن میں زور لگانا پڑے ان سے ضغط دموی بڑھ جاتا ہے جس کی وجہ سے توترعین میں زیادتی ہوتی ہے اور چونکہ قرحہ کا کمزور فرش اس کو برداشت کرنے کے قابل نہیں ہوتا اس لئے پھٹ جاتا ہے ایسی صورت میں جب کہ سوراخ بہت بڑا ہو عنبیہ کا ایک حصہ نہ صرف سوراخ کے اندر داخل ہو جاتا ہے بلکہ اس کے اندر سے قرنیہ کی سطح پر باہر نکل آتا ہے اگر اس سوراخ کے اندر عنبیہ کا حدقی حصہ نہ ہو تو اس کی شکل نصف کرہ کے مانند ہوتی ہے۔

جب عنبیہ کا حدقی سرا اس کے اندر آجاتا ہے تو قرنیہ کے باہر نکلا ہوا عنبیہ کا ایک ٹکڑا دکھائی دیتا ہے بہر حال باہر نکلے ہوئے عنبیہ کا رنگ بہت جلد میلا ہو جاتا ہے۔ کیونکہ اس کی سطح پر خاکستری یا زرد رنگ کی لمف جم جاتی ہے۔ اگر عنبیہ کا بہت بڑا حصہ باہر نکلا ہو تو اس کی خلطی نسیج غائب ہو جاتی ہے اور نیچے سے شبکیہ کا رنگین بشرہ صاف نظر آنے لگتا ہے۔

ان قروح میں کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ تمام قرنیہ میں سوائے اس محیطی حصے کے جو صلبیہ سے متصل رہتا ہے نکروز کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ اگر اس حالت میں قرنیہ علٰحدہ ہو جائے تو سارا طبقۂ عنبیہ ننگا ہو جائے گا۔ حدقۂ عینی میں لمفاوی رطوبت جم کر اس کو بند کر دیتی ہے اور کاذب طبقۂ قرنیہ پیدا ہو جاتا ہے جو حقیقتاً طبقۂ عنبیہ ہوتا ہے جسکی سطح پر لمف منجمد ہو جاتی ہے۔

اگر قرنیہ میں یکایک سوراخ ہو جائے تو عدسہ جلیدیہ کے رباط معلقہ بہت زیادہ کھنچ جاتے ہیں اور بعض ان میں سے ٹوٹ بھی جاتے ہیں جس کی وجہ سے عدسۂ جلیدیہ ایک طرف کو ٹیڑھا ہو کر آگے کو بڑھ آتا ہے۔ اور اگر رباط بالکل ہی ٹوٹ جائیں تو عدسہ جلیدیہ آنکھ کے بالکل باہر نکل آتا ہے۔

سوراخ کے اندر سے عنبیہ کے باہر نکل آنے کے باوجود لیفی ندبی ساخت بنتی رہتی ہے اور عنبیہ کے اوپر کی لیفیں آئندہ مستقل صورت اختیار کر لیتی ہے! اور اس جگہ پر نسیج واصل کی ہلکی تہ پیدا ہو جاتی ہے۔ جس کے اوپر ملتحمی یا قرنوی بشرہ چاروں طرف سے بڑھ کر استر کر دیتا ہے۔ پھر جب یہ نسیج سکڑتی ہے تو باہر ابھری ہوئی سطح کو کسی حد تک مسطح کر دیتی ہے لیکن بالکل مسطح نہیں کرتی۔

عموماً کمزور نسیجیں (عنبیہ اور نسیج واصل) توترعین کے دباؤ کی مقاومت نہیں رکھتیں اس لئے باہر کی طرف کو ابھر آتی ہیں۔ اس قسم کی باہر ابھری ہوئی لیفی ندبی ساخت کو ہم عنبۃ القرنیہ مقدم (Anterior staphyloma) کہتے ہیں۔ اگر عنبیہ کا سامنے کی طرف کا ابھار صرف ایک حصہ میں ہو تو اس کو جزئی عنبۃ القرنیہ کہتے ہیں۔ اس عنبۃ القرنیہ پر نسیج واصل کے الیاف اور رباط چوڑائی و دبازت میں مختلف ہوتے ہیں۔ اسی وجہ سے اس پر فصیصی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے اس لئے اس کو خوشۂ انگوری سے تشبیہ دی گئی ہے۔

اگر سوراخ حدقۂ عینی کے سامنے ہو تو اس کے اندر طبقۂ عنبیہ داخل نہیں ہوتا۔ مگر اس صورت میں سوراخ

کے کناروں کے ساتھ حدقۂ عینی کے کنارے ملتصق ہوجاتے ہیں اور سوراخ میں لیفین بھی جم جاتی ہے۔ خزانۂ مقدم نہایت آہستہ آہستہ منبتا ہے۔ عدسۂ جلیدیہ بہت دیر تک قرحہ کی پچھلی سطح سے ملحق رہتا ہے اس کے اندر اس مقام پر مستقل سفیدی پیدا ہوجاتی ہے۔ اس طرح گویا کہ مقدم غلافی موتیا پیدا ہوجاتا ہے۔ جب خزانۂ مقدم رطوبت مائی سے ازسرنو بھر جاتا ہے تو سوراخ کے اندر کے لیفی ارتشاح پر جو سوراخ کو پوری طرح بند کردیتا ہے اندر سے دباؤ پڑتا ہے اور اس دباؤ کی وجہ سے عموماً اور خاص کر اس وقت اس کے اندر سوراخ ہوجاتا ہے جب کہ مریض بیچین ہو۔ یہی حالت باربار پیش آتی رہتی ہے یہاں تک کہ قرنوی سوراخ مستقل صورت میں قائم ہوجاتا ہے اس حالت کو ہم ناسور قرنوی (Corneal fistula) کہتے ہیں۔

جب اچانک قرنیہ کے اندر سوراخ ہوجاتا ہے تو توترعین کا دباؤ تمام عروق دموی پر کم ہوجاتا ہے۔ جس کی وجہ سے ان عروق میں انبساط ہوتا ہے اور بعض اوقات یہ پھٹ بھی جاتے ہیں اور آنکھ کے اندر نزف الدم ہونے لگتا ہے بعض اوقات جب شبکیہ کے عروق پھٹتے ہیں تو زجاجی نزف الدم رونما ہوتا ہے۔ طبقۂ مشیمیہ کے عروق کے پھٹنے کی وجہ سے شبکیہ یا مشیمیہ کے نیچے نزف الدم ہوتا ہے جو کبھی اس قدر شدید ہوتا ہے کہ خون کے ساتھ آنکھ کی تمام نسیجیں باہر کو آتی ہیں اور کبھی اس کی شدت اس حد تک ہوتی ہے کہ جان کا بھی خطرہ ہوتا ہے۔ مگر خطرات انھیں سن رسیدہ اشخاص میں ہوتے ہیں جن کو امراض ہلامیہ لاحق ہوں۔ جب یہ صورتیں پیدا ہوتی ہیں تو قرحہ پیدا کرنے والے جراثیم آنکھ کے اندر داخل ہوکر زجاجیہ کے اندر نہایت آزادی کے ساتھ نشو ونما پاتے ہیں۔ عدوی اندر داخل ہونے پر جسم ہدبی وطبقۂ عنبیہ کا صدیدی التہاب یا التہاب کل العین پیدا ہوسکتا ہے۔ اس کا خطرہ التہاب ملتحمہ سوزاکی میں خصوصیت کے ساتھ ہوتا ہے اور ایسے قروح میں بھی یہ حالت پیدا ہوسکتی ہے جس میں صدیدی ارتشاح خزانۂ مقدم میں ہو۔

علاج ۔ جن قروح میں سوائے قرحہ کے اور دوسرے عوارض نہیں ہوتے۔ ان کے علاج میں صفائی کو خاص طور پر مدنظر رکھیں یعنی جہاں تک ممکن ہو آنکھ کو زیادہ دھویا جائے۔ اس مصرف کے لئے گرم بورک محلول استعمال کیا جائے۔ آنکھ کو آرام دیں۔ بورک کی تکمید کی جائے۔ آنکھ کو روشنی اور دوسرے برے اثرات سے بچائے رکھیں۔ بورک محلول کے استعمال میں جرحی تطہیر کا پورا خیال رکھا جائے۔ تکمید اس وجہ سے مفید ہے کہ یہ دوران خون کو تیز کرتی ہے اور اندمال میں مدد دیتی ہے۔ مقامی نسیجوں کو ایٹروپین سے آرام ملتا ہے۔ بیرونی مضر اثرات سے بچنے کے

کے ذریعہ سے تحفظ حاصل ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے ایسی آنکھ پر بیرونی مضر اثرات سے بچانے کے لئے اور اس کو آرام پہونچانے کے لئے پٹی باندھ دیتے ہیں۔

معمولی سادہ قرحہ قرنیہ کا علاج حسب ذیل طریقہ پر کرنا چاہیے۔

کسی ہلکے جراثیم کش محلول کی زیادہ مقدار سے ملتحمہ کو دھویا جائے۔ دن میں تین چار مرتبہ یہی عمل کیا جائے آنکھ اس محلول کو جس قدر گرم برداشت کر سکے اسی قدر گرم اس کو استعمال کرنا چاہیے۔ اس کے مفید اثر کی وجہ یہ ہے کہ آنکھ کے اندر سے جراثیم دُھلکر باہر خارج ہو جاتے ہیں۔ اور سمیت پیدا کرنے والے جراثیم کی تعداد آنکھ میں کم ہو جاتی ہے۔ ان جراثیم کے علاوہ مقام ماؤف سے مردہ ساختیں بھی دُھلکر علیحدہ ہو جاتی ہیں۔ مگر یہ محلول آنکھ میں اس قدر قوی نہیں استعمال کئے جا سکتے کہ جن سے یہ جراثیم ہلاک ہو جائیں جو محلول جراثیم کیلئے تباہ کن ہوگا۔ وہ قرنوی نسیجوں کو مردہ کر دے گا۔ لہذا بورک محلول یا سیمابی محلول (۱۰۰۰ میں ۱) استعمال کیا جائے۔ ان دونوں میں کوئی فرق باقی نہیں رہتا۔

محلول سے ہر مرتبہ آنکھ کو دھونے کے بعد ایٹروپین محلول ۱ فیصدی کا ایک قطرہ آنکھ میں ڈالا جائے یا ایک فیصدی طاقت کا ایٹروپین مرہم اجفان کے اندر لگا دیا جائے اور اس کے بعد تحفظ کے لئے پٹی باندھ دی جائے پٹی کا طریقہ یہ ہے کہ مطہر روئی کی ایک تہ پر مطہر گاز کا ایک ٹکڑا لگا کر پہلے پیڈ تیار کر لیتے ہیں۔ اسی تیار کردہ پیڈ کو آنکھ پر رکھ کر اوپر سے ہلکی سی پٹی باندھ دیتے ہیں۔ اس پٹی کا ایک حلقہ سر کے گرد لے جا کر سر پر پیچھے کی طرف باندھ دیا جاتا ہے۔ معمولی بسیط قرحہ کے لئے مذکورہ بالا علاج کافی ہے۔

زیادہ شدید حالتوں میں گرم محلولات سے دھونے کے درمیانی وقفہ میں بورکی تکمیدات کی جائیں۔ اور ہر ۳ گھنٹہ کے بعد گرم محلول دھونے کے لئے استعمال کیا جائے۔ تکمید کے بعد گرم محلول میں لنٹ بھگو کر آنکھ پر رکھ دی جائے اور اس پر گٹا پارچہ کا ایک پرت رکھیں پھر مطہر روئی سے اس کو ڈھانک کر ہلکی سی پٹی باندھ دیں۔ یہ گرم لنٹ گرم محلول میں خوب تر ہو تاکہ اُس کی گرمی زیادہ دیر تک قائم رہ سکے۔ قرنوی قروح کی حالت میں ایٹروپین کے اثرات دو قسم کے ہوتے ہیں۔ ایک تو یہ کہ آنکھ کے اندرونی عنبی عضلات میں استرخاء پیدا کرتی ہے جس سے آنکھ کو آرام ملتا ہے اور دوسرے یہ کہ عنبی التہاب کے خطرناک نتائج و تکلیفات سے آنکھ کو محفوظ رکھتی ہے۔ قرنوی قروح میں ہمیشہ عنبی و ہدبی

احتقان پایا جاتا ہے اور بعض اوقات عنبیہ وجسم ہدبی کا التہاب بھی پیدا ہو جاتا ہے۔

قروح کی بعض حالتوں میں ایسرین کو زیادہ استعمال کیا جاتا ہے۔ ماہرین کا خیال ہو کہ اگر قرنیہ کے محیطی حصہ میں قرحہ ہو اور قرنیہ کے اندر سوراخ ہو جائے اور اس کے قبل ایسرین کے ذریعہ حدقۂ عین تنگ کیا گیا ہو تو قرنوی سوراخ کے اندر سے عنبیہ باہر نہیں نکلتا۔ مگر ہمارے نزدیک ان کا یہ خیال غلط ہے کیونکہ ایٹروپین کے اثر سے اگر عنبیہ پوری طرح پھیلا ہوا ہو تو قرنوی قرحہ کے اندر سوراخ ہو جانے پر حدقۂ عین اپنی اصلی حالت پر آجاتا ہے یعنی عنبیہ سکڑ جاتا ہے کیونکہ رطوبت مائی سوراخ ہو جانے کی وجہ سے نکل جاتی ہے جس کے انعکاسی عمل میں عنبیہ سکڑتا ہے۔ ایسرین کے استعمال کی مخالفت میں ہمارا یہ اعتراض ہو کہ ایسرین آنکھ میں ڈالنے سے عضلات باسطہ عنبیہ وعضلات ہدبیہ انقباضی حالت میں رہتے ہیں جن کی وجہ سے آنکھ کو آرام یا سکون بالکل نہیں ملتا۔ اس کے علاوہ عنبیہ پر اس کا اثر محرش ہو جاتا ہے۔ جو التہاب کے بڑھنے میں ممد ثابت ہوتا ہے یہی وجہ ہے کہ موخر عنبیہ کا الصاق عدسہ جلیدیہ کے غلاف سے ہوتا ہے۔ اور اس الصاق سے دوسرے خطرناک عوارض پیدا ہو جاتے ہیں۔

ان تمام خطرات وتکالیف کے علاوہ آنکھ میں ایسرین کے ڈالنے سے درد اور بے چینی بڑھ جاتی ہے۔ بسیط قروح میں اس کا استعمال ہمارے خیال میں مضر ہے۔ ممکن ہے کہ خاص قسم کے مزمن قروح میں اس کا استعمال مفید ہو۔

جو اسباب قروح کے لئے ممد ہوتے ہیں ان سے آنکھ کو بچانا چاہیے۔ مثلاً ملتحمہ کی التہابی کیفیت۔ اگر ایسی صورت موجود ہو تو اس کا علاج بھی ساتھ ساتھ کیا جائے اور عمومی تغذیہ کی خرابی کا تدارک فوراً کرنا چاہیے اگر رمد جیبی میں سبل قرنیہ کے ساتھ قرحہ قرنیہ بھی موجود ہو تو جب تک جفنی حالت درست نہ ہو گی اس وقت تک قرحہ مندمل نہیں ہو سکتا۔

صدیدی التہاب ملتحمہ اور رمد جیبی کے مریضوں کی اجفان کو پلٹ کر ان پر کاشک کا محلول لگانا چاہیے قرحہ کی جانب خواہ ترقی پذیر ہی کیوں نہ ہو۔ قرحہ قرنیہ کی حالت میں توتیا کو نہ استعمال کریں کیونکہ یہ قرنیہ پر محرش اثر پیدا کریگا۔ اگر ملتحمہ سے مواد زیادہ خارج ہوتا ہو تو پٹی باندھنا کسی طرح مناسب نہیں۔ کیونکہ مواد کے اندر رک جانے کی وجہ سے جو نقصان پہونچتا ہے وہ پٹی کے فائدہ سے کہیں زیادہ ہے۔ لہذا ایسی صورتوں میں پٹی کے بجائے (Shade -) حجاب استعمال کیا جائے۔

اگر اس امر کی ضرورت محسوس ہو کہ بچے اپنی آنکھ پر بندھی ہوئی پٹی کو ہاتھ نہ لگائیں تو اُن کے دونوں بازوؤں پر لمبا جبیرہ لگادیں جو کہنی سے نیچے تک جائے تاکہ وہ ہاتھوں کو موڑ نہ سکیں۔ کمزور نوجوانوں یا سن رسیدہ اشخاص یا بہت زیادہ لاغر بچوں کو زود ہضم غذائیں دیں صاف ہوا میں رکھیں۔ اس کے علاوہ ان کو مقوی ادویہ استعمال کرائیں۔ ان عمومی تدابیر سے مقامی تدابیر کے مقابلہ میں زیادہ فائدہ ہوتا ہے لہذا مقامی علاج کے ساتھ ساتھ عمومی علاج مذکورہ بالا اصول پر ضرور کیا جائے۔ جب لیفی ندبی ساخت پوری طرح بن جائے اور محرش علامتیں غائب ہو جائیں تو ہمارا یہ فرض ہے کہ جہاں تک ہو سکے قرنیہ کی سحابی کیفیت کو کم کرنے کی تدابیر کریں۔ کم عمر مریضوں کی سحابی کیفیت بہت کم ہو جاتی ہے مگر عموماً نتائج امید افزا نہیں ہوتے بعض حالتوں میں مہینوں اور برسوں کے علاج کے بعد کامیابی کا امکان ہوتا ہے

سحابی کیفیت کو کم کرنے کے لئے سب سے پہلے نہایت کمزور طاقت والی محرش دوا کو استعمال کریں۔ اور رفتہ رفتہ اس کی طاقت کو بڑھاتے جائیں۔ ابتدا میں باریک پسے ہوئے کیلومل کو آنکھ میں چھڑکیں۔ اگر مریض اس کو برداشت کرے تو اس کے بعد سیمابی زرد مرہم کا استعمال کرائیں۔ اس مرہم کی طاقت ۴ گرین فی اونس ہونا چاہئے اس مرہم کو تھوڑی مقدار میں ملتحمہ کے اندر رکھ کر اجفان کو بند کردیں اور پھر اوپر سے آہستہ آہستہ مل کر مقامی طور پر جذب کرنے کی کوشش کریں۔ اسی طرح دن میں تین مرتبہ اس عمل کو کریں اور انگلی سے ۱۰ منٹ تک بالائی جفن کے ذریعے ملتے رہیں اگر اس مرہم سے کوئی تکلیف نہ پہونچے تو اس کی طاقت کو بڑھاتے بڑھاتے ۱۶ گرین فی اونس تک لے جائیں اور جب اس قسم کی محرش دوا کی آنکھ عادی ہو جائے تو دوسری دوا اختیار کریں۔ مثلاً ڈایونین ۵ سے ۱۰ فی صدی مرہم کی صورت میں استعمال کریں یا اس کو سیمابی مرہم کے اندر ملا لیں۔ ڈایونین کے استعمال کے بعد خصوصاً پہلی بار اس کے استعمال سے ملتحمہ میں تہیج پیدا ہو جاتا ہے اور آنکھ میں جلن محسوس ہوتی ہے۔ لہذا معالج کو چاہئے کہ پہلی مرتبہ دوا خود لگائے کیونکہ اس کے نتیجہ سے مریض بعض اوقات گھبرا اٹھتا ہے۔ اس دوا کے اثر سے دوران خون اور لمفاوی ترشح میں تحریک پیدا ہوتی ہے۔ اسی لئے یہ مفید ثابت ہوتی ہے۔ نہایت تکلیف دہ اور نہ غائب ہونے والی حالتوں میں یہی فائدہ ملتحمہ کے نیچے ۲ سے ۱۰ فی صدی نمکین سیال کی تلقیح سے حاصل کیا جاتا ہے مگر اس تلقیح سے قبل کوکین محلول کو آنکھ میں ڈالنا ضروری ہے زیریں ملتحمہ تلقیح کے لئے محلول کے دس سے پندرہ قطرہ تک کافی ہوتے ہیں۔ اگر مریض کو درد کا زیادہ خیال ہو تو نمکین محلول میں ۲ فیصدی کوکین

کا محلول ملا لیا جائے۔

ہمارا تجربہ ہے کہ ان تلقیحات سے کسی قسم کی تکلیف نہیں ہوتی۔ اگر مریض عصبی المزاج ہو تو کوکین کا محلول ملا لینے میں کوئی حرج نہیں۔ بجائے کوکین کے نوکین محلول کا استعمال بھی ممکن ہے۔ قرنیہ کے پُرانے کوکب جن میں فساد نمایاں ہو یا جن میں تکلس شروع ہو جائے ان کو بالکل نہ چھیڑا جائے کیونکہ بعض اوقات ان کے ٹوٹ کر علیحدہ ہونے کے بعد ان کے نیچے بڑے بڑے قروح نمودار ہو جاتے ہیں۔ جس کی وجہ یہ ہے کہ لیفی ندبی ساخت کے اندر قوت مدافعت بہت کم ہوتی ہے۔

اگر حدقۂ عین کے سامنے دبیز کوکبی سفیدی پائی جائے تو بینائی بالکل خراب ہو جاتی ہے۔ اس کا علاج یہ ہے کہ قرنیہ کے محیط میں شگاف دیکر حدقۂ عین کو منقاش سے پکڑ کر باہر لے آویں۔ اور اس کا ایک حصہ کاٹ دیں تاکہ اس کوکبی سفیدی کے باہر کی طرف ایک مصنوعی مناظری حدقہ بن جائے جس کے ذریعہ نور کی شعاعیں باہر سے داخل ہو کر شبکیہ کے اوپر گرد و پیش کی اشیاء کی شبیہ بنا سکیں اور بینائی درست ہو جائے۔

ترقیع قرنیہ (Keratoplasty) بعض ماہرین کوکبی سفیدی کی قرص کو قرنیہ سے کاٹ کر علیحدہ کر دیتے ہیں اور اس کی جگہ پر خرگوش کے قرنیہ کا شفاف حصہ لگا دیتے ہیں۔ مگر عموماً اس عمل سے کامیابی نہیں ہوتی کیونکہ قرنیہ کا دوسرا حصہ بہت جلد مردہ (نکروز) ہو کر علیحدہ ہو جاتا ہے۔

کوکبی سفیدی کو رنگ دینے سے آنکھ کی ظاہری صورت میں فرق ہو جاتا ہے اور بدنمائی کم ہو جاتی ہے۔ مگر یہ عمل صرف ان آنکھوں میں کیا جا سکتا ہے جن میں التہابی کیفیت نہ ہو اور جن میں لیفی ندبی ساخت مضبوط اور ہموار ہو۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ پہلے آنکھ میں کوکین محلول ڈال کر ہندوستانی سیاہی (Indian ink) کو ایسی سوئی کے ذریعہ جس کے اندر ایک طرف نالی سی بنی ہوتی ہے۔ کوکبی سفیدی کے اندر گود کر بھر دیتے ہیں۔ اس عمل کے لئے آنکھ کو قائم کرنے والی منقاش (Fixation forceps) کے ذریعہ نہیں پکڑنا چاہئے۔ ورنہ ملتحمہ کے اندر بھی گرفت کے مقامات پر سیاہی داخل ہو جائے گی۔

مرکب قروح کا علاج۔ ان قروح میں اگر سوراخ کا خطرہ ہو تو خاص تدابیر اختیار کی جائیں۔ مریض کو فوراً بستر پر لٹا دیا جائے اور اٹھنے کی بالکل اجازت نہ دی جائے۔ کوئی قوی مسہل پلائیں۔

ہم پہلے بتا چکے ہیں کہ سوراخ ہو جانے پر قرنیہ کا تغذیہ بہتر ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات قدرتی طور پر سوراخ ہونے کے بجائے خود باریک نشتر سے قرحہ کے مرکز میں شگاف دیکر سوراخ بنا دیتے ہیں۔

مصنوعی سوراخ بنا دینے سے خزانۂ مقدم کی رطوبت آہستہ آہستہ باہر خارج ہوتی ہے۔ ایسا کرنے سے ہم سوراخ ہونے کے خطرناک نتائج سے آنکھ کو محفوظ رکھ سکتے ہیں اس مصنوعی شگاف کی اس وقت بھی ضرورت ہوتی ہے جب کہ آنکھ میں قرحہ کی وجہ سے شدید درد ہو۔ اس کا طریقہ جرحی عملیات کے سلسلہ میں ملاحظہ ہو۔

گہرے قروح جو عموماً قرنیہ کے سوراخ کا باعث ہوتے ہیں اُن میں سے مردہ نسیجوں کو کھرچ کر نکال دیں اور قرحہ کے فرش کو ملعقہ سے صاف کریں یا قرحہ کی سطح کو بجلی کے گرم تار سے جلا دیں۔ اگر گرم کردہ مکوا (Cautary) استعمال کی جائے تو نسیج کو اس قدر جلا دیں کہ خزانہ مقدم کے اندر وہ داخل ہو جائے اور رطوبت مائی خارج ہونے لگے۔ قرنیہ کا تغذیہ درست ہونے سے اندمال جلد ہو جائے گا۔ مگر یہ عمل صرف خاص حالتوں میں کرنا مناسب ہے۔

بعض ماہرین ایسا بھی کرتے ہیں کہ قرحہ کے فرش کو کھرچ کر اس پر ملتحمہ کی ایک تہہ لگا دیتے ہیں۔ اس عمل کے دو طریقے ہیں جنکو ہم جرحی عمل کے سلسلہ میں بیان کریں گے۔

اگر قرنیہ میں سوراخ ہو گیا ہو تو اس کے علاج کا انحصار سوراخ کے مقام اور حجم پر ہوتا ہے۔ اگر یہ سوراخ چھوٹا ہو یا حدقۂ عین کے سامنے واقع ہو تو اس کے اندر سے طبقۂ عنبیہ باہر نہیں نکلتا۔ ایسی حالت میں مریض کو مکمل آرام وسکون کی حالت میں رکھا جائے۔ آنکھ میں ایٹروپین ڈالیں اور مضبوط پٹی آنکھ پر باندھ دی جائے۔ زور کے ساتھ سانس باہر خارج کرنے۔ چھینکنے اور کھانسنے کو منع کر دیں۔ اگر چھینک آنے والی ہو تو بالائی لب کے درمیانی حصہ کو ناک کے نیچے زور سے دبائیں چھینک رُک جائے گی لیکن جب چھوٹا سا سوراخ عنبیہ کے اوپر واقع ہو تو عنبیہ کی مقدم سطح قرنیہ کی موخر سطح سے ملتصق ہو جاتی ہے اور از سر نو خزانۂ مقدم کی رطوبت کے بھر جانے پر دوبارہ علیحدہ ہو جاتی ہے یا اس مقام سے اپنے اصلی مقام تک دھاگے کی صورت میں کھنچ جاتی ہے۔ اگر عنبیہ سوراخ کے اندر سے باہر کو نکل آوے تو اس کو فوراً کاٹ دیں۔ ان حالتوں میں عنبیہ کو آنکھ کے اندر دوبارہ واپس کرنے کی کوشش نہ کریں کیونکہ عنبیہ صدیدی جراثیم سے ملوث ہوتا ہے اس کو آنکھ کے اندر واپس کرنے پر عدوی آنکھ کے اندر داخل ہو کر التہاب

کل العین پیدا ہونے کا خطرہ رہتا ہے اور التہاب کل العین خطرناک مرض ہے اس کی وجہ سے آنکھ اور زندگی دونوں خطرہ میں ہوتی ہیں۔ باہر نکلے ہوئے عنبیہ کو کاٹنے کا طریقہ جرحی عملیات کے سلسلہ میں ذکر کیا جائے گا

قرنیہ کے زخم سے باہر نکلے ہوئے طبقہ عنبیہ کو کاٹنا سوراخ ہونے کے دس روز بعد تک ممکن ہے یعنی اس وقت تک قطع عنبیہ کا امکان ہے جب تک کہ قرنیہ کے ساتھ اس کا الصاق مستحکم نہ ہو گیا ہو۔ لہذا اس وقت سے پہلے ہی اس عمل کو کر دینا مناسب ہوتا ہے۔ دوسرے اس وجہ سے بھی اس عمل کو کر دینا چاہیے کہ اگر عنبیہ کا بہت بڑا حصہ باہر نکلا ہو گا تو اس صورت میں یہ عمل مناسب نہ ہو گا کیونکہ ایسی حالت میں قرنیہ کے اندر کا سوراخ اس قدر بڑا ہو جاتا ہے کہ مستقل طور پر ناسور ہونے کا خطرہ رہتا ہے اور توتر عین ہمیشہ کے لئے کم ہو کر آنکھ کے ضایع ہو جانے کا بھی ڈر رہتا ہے۔

فتق قرنیہ (Keratocele) کا علاج یہ ہے کہ مریض کو سکون دیا جائے اور آنکھ پر مضبوط پٹی باندھی جائے۔ اگر اس طریقہ سے آرام نہ ہو تو غشاء ڈسمٹی کے ابھار میں سوراخ کر دیا جائے اور اس کے بعد سوراخ دار قرحہ کا اصول علاج اختیار کیا جائے۔

ناسور قرنیہ (Corneal fistula) اس کا علاج شروع شروع میں سوراخ دار قرحہ کے مانند کریں اگر اس سے کوئی فائدہ نہ ہو تو ناسور کے کناروں کو بجلی سے جلا دیں مگر اس عمل سے پہلے یہ دیکھ لیں کہ خزانہ مقدم کسی حد تک قائم ہے یا نہیں۔ اگر خزانہ مقدم باقی نہ ہو گا تو قرنیہ کی موخر سطح سے لگے ہوئے عدسہ جلیدیہ کو گرمی کی وجہ سے نقصان پہونچ جائے گا اس عمل کے بعد ناسور کے اوپر ملتحمہ کا ایک حصہ صلبیہ سے علحدہ کر کے ڈھانک دیں جس کا طریقہ جرحی عملیات کے سلسلہ میں ذکر کیا گیا ہے۔

عنبتہ القرنیہ (Staphyloma) کا علاج یہ ہے کہ ابتدا میں آنکھ پر مضبوط پٹی باندھی جائے اگر اس سے فائدہ نہ ہو تو آنکھ کے اندر سوراخ کر دیں۔ یا قرنیہ کے شفاف حصہ میں مصنوعی حدقۂ عین بنا دیں۔

قرحۂ قرنیہ جس کے ساتھ خزانہ مقدم میں ارتشاح صدیدی ہو (Hypopyon-ulcer) اگر کسی آنکھ میں کوئی چوٹ ایسی لگے جس کی وجہ سے قرنیہ کی سطح پر خراش پہونچے اور وہاں کے بشری خلیات الگ ہو جائیں تو اس مقام پر صدیدی جراثیم کے عدوی کا ڈر رہتا ہے۔ اور اگر ملتحمہ کے اندر یہ جراثیم موجود ہوں تو ایسی صورت میں

اس مقام پران جراثیم کی تعدی یقینی امر ہے۔ اب اگر مقامی قوت مدافعت طبقہ قرنیہ کی کم ہو تو شدید عدوی لاحق ہوتا ہے۔ عدوی کی شدت مقامی قوت مدافعت کی کمی کے علاوہ جراثیم کی تعداد اور ان کی جبلی شدت پر بھی منحصر ہے قرنیہ میں گہرے قروح پیدا کرنے والے تمام جراثیم میں سے کرویات ذات الریہ سب سے زیادہ خطرناک ہیں طبعی حالت میں یہ کرویات ملتحمہ کے اندر پائے جاتے ہیں مگر جب کیس دمعی میں التہاب ہو تو ان کی موجودگی ضرور ہوتی ہے۔ یعنی کیس دمعی کا التہاب آنکھ کے لئے ہمیشہ مخدوش و خطرناک ہوتا ہے۔ دوسرے تمام جراثیم کے اعتبار سے کرویات ذات الریہ سے پیدا ہونے والے قروح میں خزانہ مقدم کے اندر ارتشاح صدیدی زیادہ پایا جاتا ہے۔

بعض اوقات قرنیہ پر رگڑ پیدا کرنے والی وہ اشیاء جن سے آنکھ کو ضربی صدمہ پہونچتا ہے ان کے ساتھ بھی آنکھ میں جراثیم داخل ہو جاتے ہیں۔ اس تعدی کے معمولی اسباب حسب ذیل ہیں۔

انگلی کے ناخن سے آنکھ میں زخم ہو جانا۔ یا درختوں، پتیوں، ٹہنیوں، اناج کے دانوں یا چھوٹے چھوٹے اجسام غریبہ کے ذریعہ آنکھ میں خراش پہونچنا۔ اس کے بعد جب قرحہ پیدا ہوتا ہے تو اس کی صورت یہ ہوتی ہے کہ یا تو جراثیم بہت زیادہ شدید سمیت والے ہوتے ہیں یا خود قرنیہ کی مقامی قوت مدافعت کم ہوتی ہے۔ اسی دوسری وجہ سے عموماً سن رسیدہ اشخاص یا بہت زیادہ شراب پینے والے اور غریب افراد میں عموماً قروح پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس کے علاوہ جسمانی حاد متعدی امراض کے بعد جب جسمانی قوت مدافعت کم ہو جاتی ہے جیسا کہ خسرہ۔ حمی قرمزیہ اور چیچک وغیرہ کے بعد ہوتا ہے تو ایسی صورت میں بھی آنکھ کے اندر قروح پیدا ہو جاتے ہیں۔

ان قروح کی ہیئت مریض کی عمر اور جراثیم کی نوعیت پر منحصر ہوتی ہے جوان مریضوں میں ۷۰ سے ۸۰ فیصدی کے اندر قروح کا سبب کرویات ذات الریہ ہوتے ہیں۔ ان جراثیم سے پیدا ہونے والے قروح کی شکل مخصوص ہوتی ہے اس کو ہم قرحہ ساعیہ کہتے ہیں۔ کیونکہ یہ قرحہ قرنیہ کی سطح پر سانپ کی لہر کے مانند پھیلتا ہے اس کی مخصوص شکل ہوتی ہے اور یہ قرنیہ کے مرکز میں خاکستری زردی مائل قرص کی صورت میں پایا جاتا ہے۔ اس میں ہیجانی کیفیت مرکز کے بمقابلہ کناروں پر گہرے رنگ کی ہوتی ہے اور جس طرف یہ قرحہ بڑھ رہا ہو اس طرف خصوصیت کے ساتھ نمایاں ہوا کرتی ہے۔ قرص کے چاروں طرف خاکی رنگ کا رقبہ ہوتا ہے جس میں باریک باریک لکیریں دکھائی دیتی ہیں۔ اسی کے ساتھ طبقہ قرنیہ کسی قدر غیر شفاف ہو جاتا ہے اور اس کی چمک غائب ہو جاتی ہے عنبیہ کا رنگ

گندلا ہوتا ہے رطوبت مائی بھی گندلی ہوتی ہے اور اس کے اندر صدیدی ارتشاح بعض وقت بہت زیادہ ہوتا ہے ایہمان کسی قدر متورم ہوتی ہیں۔ ملتحمی اور ہدبی احتقان پایا جاتا ہے۔ آنکھ میں کبھی کم اور کبھی زیادہ چوندلگتی ہے اور اس میں درد ہوتا ہے۔ قرحہ اپنے کناروں کی طرف اور گہرائی میں بڑھتا رہتا ہے۔ جس طرف کی انسجوں میں زیادہ ارتشاح ہو اس طرف زردی مائل ہلال نظر آتا ہے۔ انسجہ مردہ ہو کر قرنیہ سے علیحدہ ہو جاتے ہیں اور قرحہ میں ترقی ہوتی رہتی ہے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ اسی وقت میں دوسری طرف سے لیفی ندبی ساخت بن رہی ہو۔ مگر ایسے قرحہ کی حالت ہر گھنٹہ میں متغیر ہوتی رہتی ہے۔ اگر اس کو اپنی طبعی حالت پر چھوڑ دیا جائے تو خزانۂ مقدم میں ارتشاح صدیدی زیادہ ہوتا رہتا ہے جس کے اندر لیفین کا جال بن کر سخت ہو جاتا ہے۔ قرحہ کے اندر سوراخ ہو جاتا ہے۔ اس سوراخ کے بڑھنے سے طبقۂ عنبیہ باہر کو نکل آتا ہے۔ اسی طرح سے بعض اوقات پورا طبقہ قرنیہ تباہ ہو جاتا ہے اور صرف وہ حصہ باقی رہ جاتا ہے جس کو کنارے پر ہدبی عروق تغذیہ پہونچاتے ہیں۔ کبھی تمام آنکھ میں التہاب پیدا ہو جاتا ہے اور آنکھ ضایع ہو جاتی ہے۔ دوسری حالتوں میں جب کہ عنبیہ باہر کو نکل آتا ہے تو اس مقام پر لیفی ندبی ساخت کا بڑا اور دبیز حصہ شعاع نور کے گذرنے میں مانع ہوتا ہے جس کی وجہ سے آنکھ کی بینائی جاتی رہتی ہے۔ اور اس لیفی ندبی ساخت کے اندر عنبیہ پھنس کر رہ جاتا ہے۔ اس کے بعد آنکھ کی سامنے کی سطح مسطح ہو جاتی ہے۔ یا باہر کی طرف قرنیہ کے طبعی ابھار سے بہت زیادہ اُبھری ہوتی ہے۔

بعض اوقات قرنیہ میں سوراخ ہونے کے قبل عنبیہ کی موخر سطح عدسہ جلیدیہ کی مقدم سطح سے ملتصق ہو جاتی ہے یہ التصاق کلی اور جزئی دونوں ہو سکتا ہے۔ جب کلی التصاق ہوتا ہے تو ایک دائرہ کی صورت میں پایا جاتا ہے حدقۂ عین کے اندر لمفاوی ترشح منجمد ہو جاتا ہے اور لیفی ساخت میں تبدیل ہو کر بینائی کو ضائع کر دیتا ہے۔

کبھی بچوں میں بھی قروح پیدا ہوتے ہیں مگر ان میں ان قروح کی نوعیت قرحہ ساعیہ کی نہیں ہوتی۔ ایسی حالت میں قرحہ گہرائی میں زیادہ پھیلتا ہے اور قرنیہ میں جلد سوراخ ہو جاتا ہے۔ شدت کے لحاظ سے یہ قروح نسبتاً کم شدید ہوتے ہیں جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ اس کے جراثیم زیادہ شدید سمیت والے نہیں ہوتے۔

بعض حالتوں میں ایسے قروح ساعیہ جو کم خطرناک ہوتے ہیں۔ اور جن کے ساتھ خزانۂ مقدم میں ارتشاح صدیدی پایا جاتا ہے ان کا سبب عصار مورکیس اکسن فیلڈ (Diplo bacillus of morax) ہوتے ہیں پیٹیٹ (Petit

کے عصار زوجیہ سے بھی یہ قروح پیدا ہو جاتے ہیں - ابتداء ابتدا میں قرنیہ کے مرکز میں ایک خاکستری ارتشاح نظر آتا ہے جو بعد میں قرحہ کی صورت اختیار کر لیتا ہے اور اس کے اوپر خاکستری جھلی پیدا ہو جاتی ہے - اس جھلی میں خاکستری رنگ کی باریک باریک لکیریں ہوتی ہیں - یہ قرحہ چاروں طرف پھیلتا ہے مگر کرویات ذات الریہ کی وجہ سے پیدا ہونے والے قرحہ کی طرح گہرائی میں زیادہ نہیں بڑھتا - ان قروح کے جراثیمی اسباب کی تشریح و تفریق صرف جراثیمی معائنہ سے ممکن ہے -

تشریح مرضی - قرحہ ساعیہ کا سبب کرویات ذات الریہ ہوتے ہیں - خواہ یہ اکیلے ہوں یا دوسرے جراثیم بھی ان کے ساتھ عدوی میں مشارک ہوں - مگر قرحہ کی خصوصی علامات صرف کرویات ذات الریہ کی وجہ سے پیدا ہوتی ہیں - غیر مخصوص قروح ساعیہ کے اندر بعض اوقات - کرویات عقدیہ صدیدیہ - عنقودیہ صدیدیہ و سوزا کی وغیرہ مختلف قسم کے جراثیم پائے جاتے ہیں - ایک خفیف قسم کا قرحہ عصی زوجی کی وجہ سے بھی پایا جاتا ہے جس کا ذکر پہلے آچکا ہے -

ساعیہ قروح کی سطح شروع میں گہری ہوتی ہے اور اس پر مردہ ساختیں موجود ہوتی ہیں - قرحہ کے چاروں طرف اور نیچے قرنوی پرتوں کے درمیان کریات بیضا کثیرۃ النواۃ کثیر تعداد میں مجتمع ہوتے ہیں - قرحہ کی ترقی کی صورت میں اس رقبہ میں صدیدی ارتشاح زیادہ پایا جاتا ہے جو ہلالی اور زرد رنگ کا ہوتا ہے - بقیہ حصص میں قرحہ کے کنارے صاف ہوتے ہیں اور ان پر بعض اوقات بشری خلیات بڑھ کر استر کر دیتے ہیں - عام طور پر غشاء ڈسمی کے سامنے قرحے کے فرش کے مقابلہ میں صدیدی ارتشاح زیادہ ہوتا ہے مگر درمیانی پرت طبعی حالت میں ہوتے ہیں - یہی وجہ ہے کہ اس قرحہ میں قرنیہ کے اندر سوراخ بہت جلد ہو جاتا ہے - کیونکہ التہابی کیفیت قرنیہ کے دونوں طرف موجود ہوتی ہے - خزانۂ مقدم کے صدیدی ارتشاح میں کریات بیضا رکیثرۃ النواۃ بکثرت پائے جاتے ہیں اور یہ سب اپنے ثقل کی وجہ سے نیچے کے زاویہ میں بیٹھ جاتے ہیں - بعد میں جب اس ارتشاح میں لیفی جال بنتا ہے تو اس کے اندر یہ کریات پھنس کر رہ جاتے ہیں - یہ ہم نے پہلے ہی بتا دیا ہے کہ یہ کریات بیضا ر- عنبیہ اور زوائد ہدبیہ سے اس مقام پر حاصل ہوتے ہیں -

علاج - اس قسم کے تمام قروح کا علاج جہاں تک ہو سکے جلد شروع کیا جائے اور نہایت توجہ کے ساتھ زور دار

علاج کیا جائے۔ سب سے پہلے قرحہ کے فرش اور کناروں کو مکواۃ کہربائی سے جلادیں۔ مکواۃ حدیدی بھی اس مقصد کے لئے استعمال کی جاسکتی ہے۔ اگر مکواۃ کے بجائے کاربولک ایسڈ یا آیوڈین سے جلایا جائے تو زیادہ بہتر ہے ان دونوں دواؤں کا اثر کاوی اور جراثیم کش ہوتا ہے اگر کاربولک ایسڈ کسی قدر تندرست قرنیہ پر بھی لگ جائے تو کوئی حرج نہیں۔ حالاں کہ وہ مقامات فوراً سفید ہو جاتے ہیں مگر بغیر کسی قسم کے نقصان کے جلد ہی اپنی اصلی حالت پر آجاتے ہیں۔ اس امر کی احتیاط رہے کہ ملتحمہ پر کاربولک ایسڈ ہرگز نہ لگنے پائے۔ اگر ملتحمہ پر لگ جائے گا تو شدید قسم کا التہاب ملتحمہ پیدا ہوگا۔ جس کی وجہ سے ملتحمہ صلبی اور ملتحمہ جفنی آپس میں ملتصق ہو جائیں گے۔

قرحہ قرنیہ پر کاربولک ایسڈ لگانے کا طریقہ۔

مریض کو بٹھادیں یا چت لٹادیں۔ اس کے بعد آنکھ میں فلوریسین محلول کا ایک قطرہ ڈالیں۔ اس سے قرحہ رنگین اور اس کی حدود واضح ہو جائیں گی۔ کوکین محلول کے ذریعہ آنکھ میں مکمل تخدیر پیدا کی جائے۔ سرجن مریض کے پیچھے یا لیٹے ہوئے مریض کے سرہانے کھڑا ہو۔ بائیں ہاتھ سے اجفان کو کھول کر مقلۂ عین کا معائنہ کرے اور ملعقہ (Spatula) کے ذریعہ قرحہ کو کھرچ کر صاف کرے پھر جاذب کی نوک کے ذریعہ قرحہ اور اس کے گرد قرنیہ کو خشک کرلے۔ ایک لکڑی کی سلائی جس کا سرا نوک دار ہو اس کو کاربولک ایسڈ میں بھگولیں مگر یہ خیال ہے کہ سلائی کی نوک پر ایسڈ کا کوئی قطرہ لٹکا نہ ہو اگر ہو تو اس کو جھٹک کر گرادیں۔ اس کے بعد اس سلائی کی نوک کو قرحہ کے مقام پر لگادیں۔ اگر سلائی کی نوک پر ایسڈ کی مقدار کافی ہو تو قرحہ کا رنگ سفید ہو جاتا ہے۔ جس طرف کو قرحہ بڑھ رہا ہو اس طرف خصوصیت کے ساتھ ایسڈ لگایا جائے۔ یعنی اس مقام پر خاص طور پر لگادیں جہاں پر زرد رنگ کا ہلال نظر آتا ہو۔ قرحہ کو دو یا تین مرتبہ کاربولک ایسڈ سے جلانے کی ضرورت ہوتی ہے۔ مگر ہر مرتبہ اس عمل کے بعد دو ایک روز کا وقفہ ضروری ہے۔

اگر مذکورہ علاج کے ساتھ ہلکے جراثیم کش محلول سے آنکھ کو دھونا۔ ایٹروپین کا ڈالنا۔ تکمید کرنا بے سود ثابت ہو تو پھر مکواۃ حدیدیہ سے قرحہ کو جلائیں۔ بعض ماہرین کا خیال ہے کہ قرحہ کو گرم مکواۃ سے یا گرم ہوا سے صرف حرارت پہونچانا ضروری ہے۔ اس میں کوئی شک نہیں ہے کہ یہ علاج بعض اوقات مفید ثابت ہوتا ہے۔

اگر یہ تمام تدبیریں ناکام ثابت ہوں تو خصوصیت کے ساتھ اس حالت میں جب کہ توتر عین طبعی حالت سے بڑھا ہو

تو ی علاج اختیار کیا جائے۔ جس میں سے سب سے زیادہ ضروری اور اہم قرنیہ کے اندر سوراخ کرنا ہے اس کا طریقہ عمل جرحی عملیات کے سلسلہ میں بیان کیا گیا ہے۔ ماہر زمیش کا آپریشن بھی مفید ثابت ہوتا ہے۔ اس کا طریقہ جرحی عملیات کے سلسلہ میں تحریر ہے۔

اس عمل جرحی سے قرنیہ کا تغذیہ بہتر ہو جاتا ہے اور صدیدی ارتشاح خارج ہو جاتا ہے مگر یاد رہے کہ اس طریقہ علاج کی سفارش خفیف عدوی۔ یا شدید حالتوں کے ابتدائی مدارج میں نہیں کی جاتی۔ بلکہ جب سب تدبیریں ناکام ثابت ہوں تو آخر میں اس سے استفادہ کرنا چاہیے۔ آنکھ کو دھونے کے لئے پر کلورائڈ محلول کے بجائے ہائڈروجن پر آکسائڈ استعمال کریں۔ آپٹوچین (Optochin) اور ایتھائل ہائیڈروکیوپرین (Ethyl hydro cuprein) کے متعلق خیال ہے کہ یہ کرویات ذات الریہ پر نوعی اثر رکھتی ہے۔ ان کا ا فیصدی محلول آنکھ میں متعدد بار ٹپکانا چاہئے۔ عصا رزوجی سے پیدا ہونے والے قروح اگر موجود ہوں تو ان کا علاج جست کے نمک سے کیا جائے۔ اس کے لئے ہر دو گھنٹہ کے بعد ½ سے لے کر ا فیصدی طاقت تک کا محلول استعمال کر سکتے ہیں۔ ذیل کا مرہم آنکھ میں لگائیں۔

زنک سلف	اکتھیال	ویزلین
۲ گرین	۲ گرین ...	ا۔ اونس

شدید قروح ساعیہ کے علاج میں نتائج حوصلہ شکن برآمد ہوتے ہیں جس کی وجہ یہ ہے کہ ان قروح کا علاج بہت دیر میں شروع کیا جاتا ہے۔ تجربات کے لئے اگر مصنوعی طور پر کرویات ذات الریہ سے قروح قرنیہ پیدا کئے جائیں تو ان کے علاج میں فادمین کرویات ذات الریہ کی تلقیح وریدی کامیاب ثابت ہوتی ہے۔ لیکن شرط یہ ہے کہ علاج جلد شروع کر دیا جائے۔ یہی اصول علاج انسانوں کے لئے بھی اختیار کیا گیا ہے مگر کامیاب نہیں ثابت ہوا۔ ناکامی کی ایک وجہ تو دیر میں علاج کی طرف توجہ ہے اور دوسری یہ کہ دوران علاج میں اکثر زرق الماء پیدا ہو جاتا ہے جس سے آنکھ کے ضائع ہونے کا زبردست خطرہ رہتا ہے۔ چونکہ یہ قروح سن رسیدہ اشخاص میں پیدا ہوتے ہیں اور ان کے خزانۂ مقدم طبعی حالت سے بہت کم گہرے ہوتے ہیں۔ لہذا ایسی آنکھوں کے اندر قرحہ کی عدم موجودگی میں ایٹروپین محلول کا استعمال زرق الماء کے خوف سے قطعاً مناسب نہیں۔ اور اگر قروح موجود ہوں اور ان کے ساتھ

عنبیہ کا التہاب ۔ خزانۂ مقدم میں صدیدی ارتشاح بھی پایا جائے تو ایٹروپین کے استعمال سے زرق الماء کا خطرہ اور بھی بڑھ جاتا ہے ۔

یہ بڑی مشکل ہے کہ ایک طرف تو قرنیہ کے قرحے کے علاج میں ایٹروپین ایک ضروری جز ہے اور دوسری طرف اس کے استعمال سے زرق الماء پیدا ہونے کا خطرہ ہے لہذا معالج کے لئے عجیب کشمکش پیش آتی ہے ۔ تاہم چونکہ ایٹروپین کے استعمال سے عنبیہ کو آرام پہونچتا ہے ۔ التہابی حالت اور صدیدی ارتشاح میں کمی ہو جاتی ہے ۔ اس لئے ہماری رائے ہے کہ ایٹروپین کا استعمال ایسے حالات میں ضروری ہے ۔ مگر ایسی حالت میں ایٹروپین کے استعمال کے ساتھ توتر عین کا خیال رکھیں ۔ اگر وہ بڑھنے لگے تو اس کے معنی یہ ہیں کہ قرنیہ کی حالت اور خراب ہو جائے گی کیونکہ توتر عین کے بڑھنے سے لمفاوی دوران کے علاوہ ۔ خود قرنیہ کی قوت مدافعت بھی نسبتاً کم ہو جائے گی ۔ لہذا توتر عین کے بڑھ جانے پر "زمیش" کا آپریشن کریں ۔ ورنہ قرنیہ کی حالت بہت زیادہ خراب ہو جائے گی ۔ اگر کیس دمعی میں تمدد (Mucocele) موجود ہو تو کیس دمعی کو جلد از جلد کاٹ کر الگ کر دینا چاہئے ۔

قرحی التہاب قرنیہ

غالباً یہ التہاب قرحہ ساعیہ کی قسم کا ایک ہلکا التہاب ہے جس میں کبھی خزانۂ مقدم کے اندر خفیف صدیدی ارتشاح کے علاوہ مرکزی خاکستری قرص نما کیفیت بھی ملتی ہے جو قرنیہ کی خلوی نسیجوں کے درمیانی پرتوں میں التہاب کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے ۔ یہ قرص چاروں طرف سے صاف ہوتی ہے اور اس کے محیطی حصہ میں گول لکیریں دکھائی دیتی ہیں ۔ اس قسم کا التہاب قرنیہ عام نہیں ۔ جوانوں میں ملتا ہے اور عموماً ایک آنکھ میں ہوتا ہے ۔ اس کے ساتھ متوسط درجہ کی خراش پائی جاتی ہے جو کئی ہفتہ اور کبھی مہینے تک قائم رہتی ہے اور بالآخر غائب ہونے پر مستقل سفیدی قرنیہ میں چھوڑ جاتی ہے چونکہ اس کا مقام مرکزی ہوتا ہے اس وجہ سے آنکھ کی بینائی بہت خراب ہو جاتی ہے ۔ یہ خود متقرح نہیں مگر التہاب قرنیہ کی وجہ سے اس کے بشری استر میں تفرق اتصال ہو جانے کی وجہ سے قرحہ پیدا ہو جاتا ہے ۔ کیونکہ اسی راستے سے جراثیم اندر داخل ہو جاتے ہیں ۔ اس مرض میں کوئی علاج مفید نہیں ۔

قرحہ ساعیہ فطری Mycotic hypopyon ulcer

یہ قرحہ اجسام فطریہ کے عدوی سے پیدا ہوتا ہے بہت کم پایا جاتا ہے ۔ اس پر خشک مردہ نسیجیں ملتی ہیں اور

اس کے چاروں طرف زرد رنگ کی حد فاصل ہوتی ہے - جو گہری ہو کر نالی کی صورت اختیار کر لیتی ہے- اس میں خزانۂ مقدم کے اندر صدیدی ارتشاح نہیں ہوتا۔

علاج - قرحہ ساعیہ کے مذکورہ اصول علاج پر کیا جائے

بثری التہاب قرنیہ

Phlyctenular keratitis

یہ ہم پہلے ہی بتا چکے ہیں کہ ملتحمہ کے بثری التہاب میں ایک یا کئی ثبور محیط قرنیہ کے پاس پائے جاتے ہیں اور یہ بھی ممکن ہے کہ یہ بثرہ خود قرنیہ کی سطح پر نمودار ہو - چونکہ قرنیہ کی مقدم سطح کا استر ملتحمہ ہی کا ایک حصہ ہے لہذا قرنیہ پر ثبور کا ظاہر ہونا کوئی تعجب کی بات نہیں ہے اور قرنیہ پر ہونے کی وجہ سے اگر اس کا نام التہاب قرنیہ کہا جائے تو کچھ نامناسب نہ ہوگا - ورنہ حقیقتاً یہ ملتحمہ کا مرض ہے- اس التہاب میں یہ ضروری نہیں کہ قرحہ بھی ہو - اسی وجہ سے جن ماہرین نے اس کو صدیدی التہاب قرنیہ کہا ہے وہ غلطی پر ہیں - اس مرض کے قرنوی عوارض کا علاج قرحہ قرنیہ کے علاج کے طریقہ پر کرنا چاہئے - قرنوی ثبور مقامی ارتشاح کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں! اُن کے ساتھ آنکھ میں درد - انعکاسی طور پر جفنی انقباض اور چوند پائی جاتی ہے - یہ حالت صبح کے وقت زیادہ تکلیف دہ ہوتی ہے- ثبور بعض اوقات بثری غلاف کے ضایع ہوئے بغیر بھی غائب ہو جاتے ہیں- اسی وجہ سے مستقل طور پر قرنیہ میں سحابی کیفیت پیدا نہیں ہوتی - مگر عموماً بثری خلیات کے ضایع ہونے کا بہت خطرہ رہتا ہے۔ان خلیات بثری کے ضایع ہونے پر کرویات عنقودیہ کی تعدی ہو جاتی ہے اور یہ ثبور چھوٹے چھوٹے سطحی قروح میں تبدیل ہو جاتے ہیں - قرنوی ثبور خاکستری رنگ کے عقدے ہیں جو قرنیہ کی سطح سے کسی قدر اُبھرے ہوئے پائے جاتے ہیں- اگر ان کے سطحی خلیات ضایع ہو جائیں تو قرحہ کی صورت پیدا ہو جاتی ہے جس کی سطح پر کرویات بیضاء کثیرۃ النواۃ کی تہ ہوتی ہے - قرحہ کی بعد کی حالت کا انحصار عدوی کی نوعیت اور جسمانی قوت مدافعت پر ہے بعض اوقات اندر کی طرف یہ بہت تیزی کے ساتھ بڑھتا ہے جس سے آنکھ کے اندر سوراخ پیدا ہو سکتا ہے - مگر یہ حالت عام طور پر نہیں پائی جاتی-

اس قرحہ کی ایک خاص صورت ملتی ہے جس کو ہم (Fasicular ulcer) یعنی قرحہ محزمہ کہتے ہیں- یہ مخصوص قسم کا قرحہ ہوتا ہے جو قرنیہ کے مرکز کی طرف آہستہ آہستہ بڑھتا ہے اور ہفتوں تک یہی حالت باقی رہتی ہے- اس کے

(۱) بائیں آنکھ کا کوکب قرنوی ٭

(۲) وہی حالت عضوی طور پر اس کو سیاہ کردینے کے بعد دکھائی گئی ہے ٭

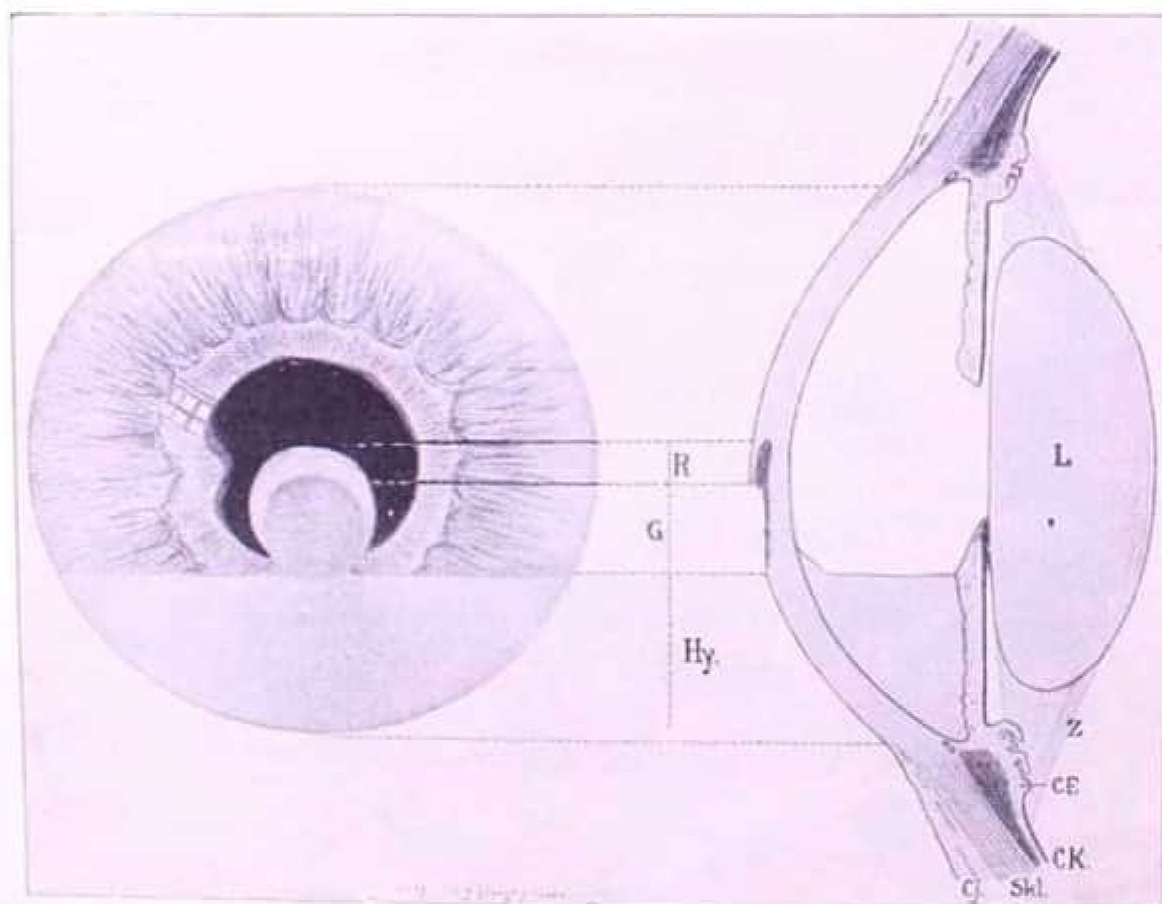
(۳) قرحہ ساعیہ کی مختلف کیفیات دکھائی گئی ہیں (Hy) صدیدی ارتشاحی سطح — (G) قرحہ کی مندمل شدہ سطح (R) پھیلتی ہوئی سطح — (L) عدسہ (Z) رباط معلق عدسہ (C F) زوائد ہدبیہ (C K) جسم ہدبی (S K L) صلبیہ (Cj) ملتحمہ ٭

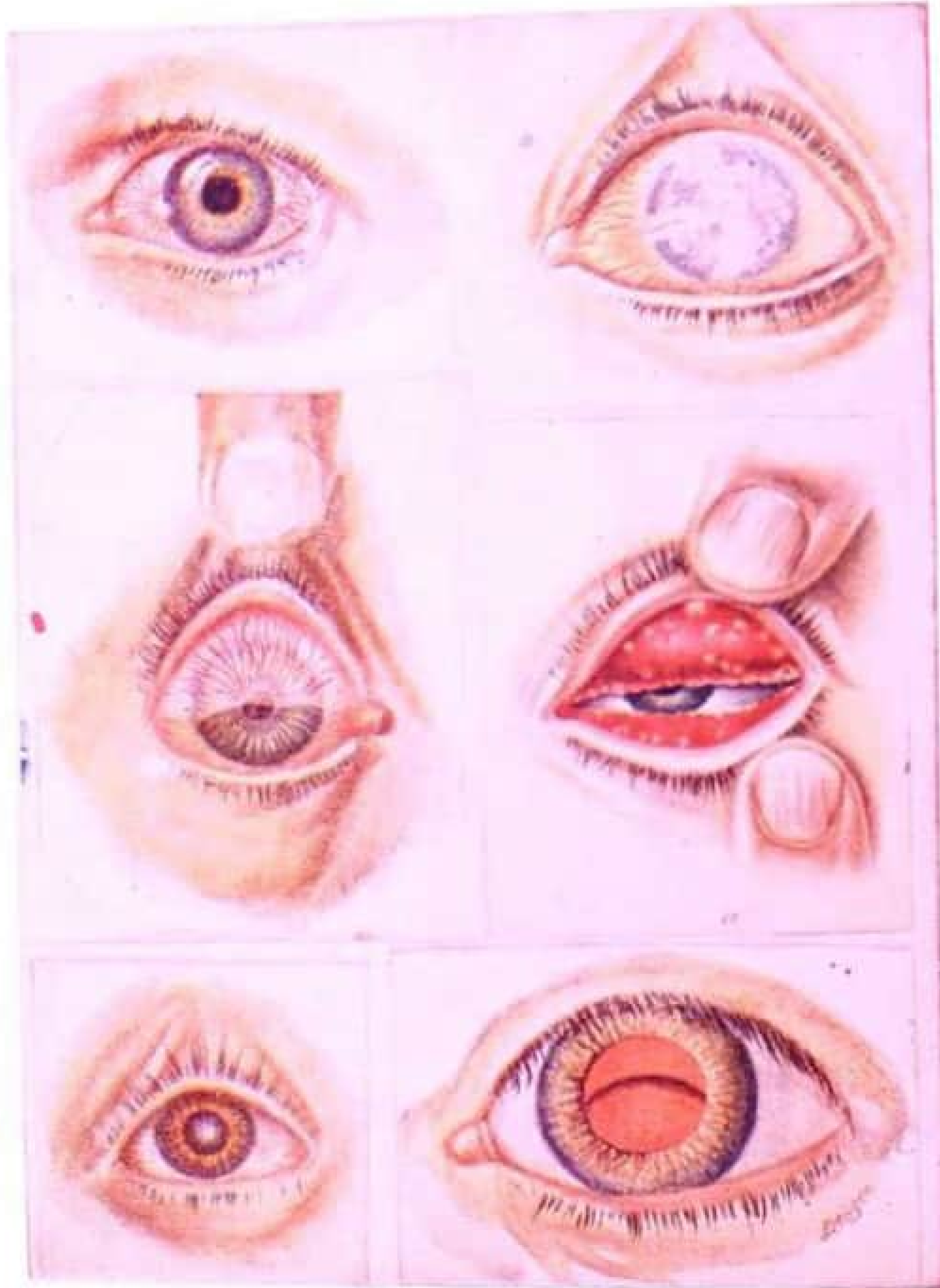
تصویر ۱۱۲/۳ متعلق صفحه ۳۱۹ ، ۳۳۵ و ۳۴۵ کتاب العین

۲ ۱



۳





(۱) استسقاء مقلی جس میں قرنیہ کی سطح پر جابجا بواسی نقاط اور حزمہ نما احتقان پایا جاتا ہے ۔

(۲) بثوری التہاب قرنیہ ۔

(۳) رمد حبیبی کا ایک درجہ ۔

(۴) سبل قرنیہ کی شدید حالت ۔

(۵) منظارالعین کے ذریعہ نیچے کی طرف خلع عدسی دکھایا گیا ہے ۔

(۶) موتیا بند کی حالت دن کی معمولی روشنی میں ۔

اندر چند عروق ہوتے ہیں جو قرحہ کے بڑھنے کے ساتھ آگے کو بڑھتے ہیں اور قرحہ عموماً قرنیہ کے سرے سے شروع ہو کر اس کے مرکز کی طرف بڑھتا ہے اور باہر کی طرف سے مندمل ہوتا جاتا ہے۔ اندر کی طرف اس کا مرکزی حصہ خاکستری اور ارتشاحی حالت میں ملتا ہے اور جب تک یہ حالت قائم ہے قرحہ ترقی پذیر رہتا ہے یہ قرحہ ہمیشہ سطحی ہوتا ہے اس میں قرحہ کے اندر سوراخ نہیں پیدا ہوتا۔ جب یہ مندمل ہو جاتا ہے تو عروق غائب ہو جاتے ہیں اور قرحہ کے مقام پر سفیدی مستقل باقی رہ جاتی ہے۔ جہاں پر قرحہ ختم ہوتا ہے وہاں پر یہ سفیدی سب سے زیادہ گہری ہوتی ہے۔

قرحہ بثری کی شدید صورتوں میں اس کے چاروں طرف کی گہری نسیجوں میں ارتشاحی حالت پائی جاتی ہے اور اس خاکستری رقبے میں بہت سے باریک باریک گول نشان ملتے ہیں۔ کبھی یہ گہرا لیفی ارتشاح بالکل غائب ہو جاتا ہے اور کبھی اس کی نسیجیں تلف ہو جاتی ہیں اور ایک قرحہ نمودار ہو جاتا ہے۔

بعض اوقات قرنیہ کے کنارے پر بہت زیادہ تعداد میں ثبور پائے جاتے ہیں اور سب کے سب ملکر آنکھ کے گرد ایک گول قرحی حلقہ بناتے ہیں۔ اگر یہ حلقہ قرحہ کی صورت اختیار کرلے تو نہایت خطرناک ہوتا ہے کیونکہ اس کی وجہ سے تمام قرنیہ کا تغذیہ خراب ہو جاتا ہے۔ بالآخر تمام طبقۂ قرنیہ مردہ ہو جاتا ہے اور سوراخ دار ایک بڑا قرحہ پیدا ہو جاتا ہے۔ عموماً قرنیہ کے محیطی حصہ میں ارتشاحی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے اور اس کے اندر سطحی عروق پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس حالت کو ہم بثری سبل قرنیہ (Phlyctenular pannus) کہتے ہیں۔ سبل اکزیموی (Eczematosus) یا سبل خنازیری (Scrophulosus) بھی اس کا نام رکھا جاتا ہے۔

سبل قرنوی جیبی کے برعکس یہ قرنیہ کے اوپر کے حصے میں نہیں ہوتا اور نہ اس کے عروق زیادہ ہوتے ہیں مندمل ہونے پر قرنیہ بالکل تندرست ہو جاتا ہے۔ اس کے ساتھ شدید انقباض جفنی بھی پایا جاتا ہے

علاج ۔ بثری التہاب قرنیہ کا علاج جب تک قرحہ نہ پیدا ہو اس وقت تک بالکل وہی ہے جو بثری التہاب ملتحمہ کا۔ مگر جب قرحہ پیدا ہو جائے تو آنکھ میں ایٹروپین ڈالنا چاہیے اس کے علاوہ زرد سیمابی مرہم کو استعمال کیا جائے۔ اگر یہ مرہم خراش پیدا کرے یا قرحہ گہرا ہو تو اس کے بجائے ایٹروپین کا مرہم استعمال کریں۔ زرد سیمابی مرہم خصوصیت کے ساتھ قرحہ مخزنہ کے لئے مفید ہے مگر اس کے استعمال سے قرحہ کی ترقی نہیں رک سکتی۔ لہذا ترقی کو روکنے کے لئے خالص کاربولک ایسڈ یا لوہے کی سلاخ کو سرخ کرکے اس قرحہ کو جلا دیا جائے۔ خالص کاربولک ایسڈ

سے عروق نہیں ضایع ہوتے ۔ لہذا جب عروق کا ضائع کرنا مقصود ہو تو کواتہ کو استعمال کریں ۔ اگر قرحہ قرنیہ کے مرکز تک پہونچ چکا ہو تو اس کو بڑھنے دیا جائے تاکہ دوسری طرف پہونچ کر مرکز سے علیحدہ ختم ہو کیونکہ مرکز پر اس کے ختم ہونے سے سفیدی بہت گہری باقی رہیگی لہذا مرکزی مقام پر اس کا ختم ہونا مناسب نہیں ۔

حلقہ دار قروح کے علاج میں گرم تکمید کی جائے ۔ ایٹروپین ڈالی جائے اور دباؤ والی پٹی بھی آنکھ پر باندھی جائے ۔ اگر بثری التہاب قرنیہ کے بعد گہرے قروح نمایاں ہو جائیں یا ان کے اچھا ہونے پر سفیدی قائم رہ جائے تو اس کا علاج عمومی اصول کے ماتحت کیا جائے ۔ بثری التہاب ملتحمہ و قرنیہ میں آنکھ کی بینائی پر بہت بُرا اثر پڑتا ہے یہ مرض عموماً قوت مدافعت کے انحطاط کی وجہ سے لاحق ہوتا ہے ۔ اس لئے حفظ ما تقدم کے طور پر مناسب علاج کے ذریعہ کمزور مریضوں میں اس کے ظہور کو روک سکتے ہیں ۔ جب یہ پیدا ہو جائے تو مریض کی غذا اور عام صحت کا خیال رکھا جائے ۔ شفاخانوں میں مختلف امراض کے بعد کمزور بچوں کی خاص طور پر نگہداشت کی جائے ۔ ان کو عمدہ اور زود ہضم غذا دی جائے تاکہ اس مرض کے حملہ سے وہ محفوظ رہ سکیں ۔

محیطی قروح
Marginal ulcer

بثری حلقہ دار قروح کے علاوہ سن رسیدہ اشخاص خصوصاً جو لوگ نقرس میں مبتلا ہوں ان کی آنکھ میں قرنیہ کے محیطی حصّہ میں قروح پیدا ہو جاتے ہیں یہ قرحے گہرائی میں کم ہوتے ہیں ان میں خفیف درجہ کا ارتشاح پایا جاتا ہے تعداد میں عموماً ایک سے زیادہ ہوتے ہیں ۔ ان کا باعث عصارہ ہوریکیں آکسن فیلڈ ہوتے ہیں ۔ بعض اوقات یہ بہت جلد مندمل ہو کر دوبارہ نمودار ہوتے ہیں ۔ اور مدت تک یہی سلسلہ جاری رہتا ہے جس کی وجہ سے مریض کی صحت بہت خراب ہو جاتی ہے ۔ کبھی ان قروح میں عروق پیدا ہو جاتے ہیں جو بہت دنوں تک قائم رہتے ہیں زیادہ شدید حالت میں قرنیہ کے چاروں طرف یہ قرحہ پیدا ہو کر قرنیہ کے نکروز کا باعث ہوتا ہے اور قرنیہ کے چاروں طرف مزمن قرحہ ساعیہ کی صورت میں پایا جاتا ہے ۔ ان قروح کے ساتھ عصبی درد مشارکت کرتا ہے ۔

علاج ۔ عصوی قروح کا علاج تکمیات جبت سے کرنا چاہئے ۔

نسخہ ۔ زنک سلف	½ سے لے کر ۲ گرین تک	}	زنک لوشن تیار کیا جائے ۔
آب مطہر	۱ ۔ اونس		

زنک لوشن آنکھ میں دو دو تین تین قطرے تین مرتبہ روزانہ ڈالا جائے۔

سن رسیدہ اشخاص میں بار بار لوٹنے والے قروح کا علاج یہ ہے کہ اجفان کو پلٹ کر ایک فیصدی کاسٹک محلول لگایا جائے۔ اس سے بہت جلد قروح مندمل ہو جاتے ہیں۔ روزانہ ہر تین گھنٹہ کے بعد آنکھ کو بورک محلول سے دھوئیں اس کے علاوہ نقرس کا علاج بھی ضرور کیا جائے۔ ایسا کرنے سے اندمال کے بعد ان قروح کا بار بار اعادہ نہیں ہوتا۔ نقرس کے مریضوں کی غذا میں تغیر ضروری ہے تازہ ہوا والی فضا میں بود و باش کی تاکید کی جائے بسیاہ رنگ کی عینک استعمال کرائیں۔ اگر یہ علاج ناکام ہو اور قروح کے اندر عروق پیدا ہو جائیں تو ان کو جلا دیا جائے۔ ایسی حالتوں میں بعض اوقات الیسرین کا استعمال بھی مفید ہوتا ہے۔ اگر قرحہ گہرا ہو مندمل نہ ہوتا ہو تو آنکھ کے اندر سوراخ کر دیا جائے تاکہ قرنیہ کا تغذیہ بہتر ہو جائے اور قرحہ کے اندمال میں مدد ملے۔ جسمانی طاقت کو قائم رکھنے کے لئے مناسب غذائیں اور دوائیں استعمال کی جائیں۔

قروح مرکزی
Central ulcer

جن بچوں کا تغذیہ خراب ہوتا ہے کبھی ان کی دونوں آنکھوں میں متماثل قروح پیدا ہو جاتے ہیں اور ان کا ظہور مرکزی مقام پر ہوتا ہے۔ غالباً اس کی وجہ یہ ہے کہ مرکز قرنیہ چاروں طرف کے غذا پہونچانے والے عروق سے دور ہوتا ہے۔ یہ قروح سطحی ہوتے ہیں یعنی ارتشاح ان میں بہت کم ہوتا ہے اور عروق ان کے اندر بالکل نہیں پائے جاتے ان کے نمودار ہونے سے کم گہرے گول گڑھے بن جاتے ہیں جن کا قطر دو ملی میٹر ہوتا ہے۔ ان قروح کی حالت میں انعکاسی طور پر آنکھ میں کسی ردعمل کا ظہور نہیں ہوتا۔ یعنی چوند نہیں لگتی اور نہ پانی بہتا ہے۔ قرحہ کی یہ خصوصیت ہوتی ہے کہ نہ تو گہرائی میں بڑھتا ہے اور نہ سطح پر اور نہ مندمل ہونے میں آتا ہے۔ لیکن جب مندمل ہوتا ہے تو طبقہ قرنیہ شفاف رہتا ہے مگر مسطح ہو جاتا ہے یہ قروح بثری قروح سے بالکل مشابہت نہیں رکھتے۔ مگر بعض مریضوں میں ان کا سبب بھی بثری قروح کے مانند تغذیہ کی خرابی ہے بعض اوقات رمد صبی میں بھی یہ قروح پائے جاتے ہیں کبھی قرنیہ کے مرکزی مقام کے علاوہ دوسرے مقام پر بھی ملتے ہیں۔ ان کی وجہ سے قرنیہ میں سوراخ ہو سکتا ہے۔ اگر ایسا ہو تو اس سوراخ سے باہر نکلا ہوا عنبیہ دکھائی دیتا ہے۔ اور چونکہ قرنیہ میں سوراخ بہت بڑا ہوتا ہے اس لئے ایسی حالت میں عنبیہ کو کاٹنا نہیں چاہیے۔

علاج ۔ مریض کی عمومی صحت کو بہتر بنانے کی تدبیریں اختیار کی جائیں۔ آنکھ میں ایٹروپین کا محلول

ڈالیں - اور بورک لوشن سے دھوئیں - اگر مدجیبی موجود ہو تو اس کا مناسب علاج کریں -

لین نسیج القرنیہ
Keratomalacia

یہ مرض عموماً زندگی کے پہلے سال میں اور ان بچوں میں پایا جاتا ہے جن کو غذا نامناسب یا ناکافی ملتی ہو - اس میں ملتحمہ خشک ہو جاتا ہے اور اس کے اندر جفافی نقطے ظاہر ہو جاتے ہیں - قرنیہ کی سطح غیر حساس ہو جاتی ہے اور اس کی چمک جاتی رہتی ہے اس کے بعد سحابی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے اور زرد رنگ کا ارتشاح پایا جاتا ہے - آخر کار تمام قرنیہ مردہ (نکروز) ہو جاتا ہے - یہاں تک کہ چند گھنٹوں میں بالکل غائب ہو سکتا ہے - مگر اس تمام عمل میں خصوصیت یہ ہوتی ہے کہ التہابی ظواہر بالکل نہیں پیدا ہوتے - جب بچے کی عمر زیادہ ہو تو بعض حالتوں میں قرنیہ کے اندر مذکورہ کیفیت رتوندے کے ساتھ شروع ہوتی ہے - ایسے بچے دن میں بخوبی دیکھ سکتے ہیں مگر رات کے وقت ان کو نسبتاً کم دکھائی دیتا ہے یہ بچے اس شکایت کے علاوہ کسی دوسری حاد بیماری میں بھی مبتلا ہوتے ہیں - اور عام طور پر اس سے جاں بر نہیں ہوتے بلکہ مر جاتے ہیں - کمزوری اور ہبوط کی وجہ سے ان کی آنکھیں بند نہیں ہوتیں - اس وجہ سے بھی قرنیہ پر خشکی زیادہ پیدا ہو جاتی ہے - ایک ہی وقت میں عموماً دونوں آنکھیں ماؤف ہوتی ہیں - قرنیہ میں کرویات عقدیہ صدیدیہ پائے جاتے ہیں - کبھی یہی کرویات ان کے خون میں بھی ملتے ہیں - ان کے علاوہ بعض اوقات کرویات ذات الریہ بھی پائے جاتے ہیں -

اگر ان بچوں کا معائنہ کیا جائے تو ان میں سے اکثر آتشکی مرض میں مبتلا ہوتے ہیں - تجربہ سے معلوم ہوا ہے کہ اس مرض کی وجہ یہ ہے کہ ان بچوں کی خوراک میں روغنیات میں حل ہونے والی حیاتین کی کمی ہوتی ہے -

علاج - عمومی صحت کو بہتر بنانے کی کوشش کی جائے - مریض کا ماحول صاف اور حفظان صحت کے اصول کے مطابق رکھی جائے - مچھلی کا تیل کھلائیں یا جسم پر مالش کے ذریعہ استعمال کرایا جائے - اور طبعی طاقت والا نمکین سیال زیر جلدی تلقیح کے ذریعہ جسم میں پہونچائیں - اجفان پر گرم بورک محلول کا پیڈ رکھ کر ان کو بند رکھیں بعض اوقات السیرین کا محلول استعمال کرنے سے قرنیہ کا تغذیہ بہتر ہو جاتا ہے -

ورم ہلامی کی وجہ سے پیدا ہونے والے قروح قرنیہ
Atheromatous ulcers

یہ حالت قرنیہ کے پرانے موتے کو کبھی سفید رقعہ (Leucoma) میں پیدا ہوتی ہے - بخصوصیت کے ساتھ اس کا ظہور اس وقت ہوتا ہے

جب کہ ان رقبوں میں فسادی تغیرات پیدا ہو جائیں - ان تغیرات کی وجہ سے ان میں تکلش شروع ہو جاتا ہے - یا زجاجی لیفی ساخت پیدا ہونے لگتی ہے - چونکہ لیفی ندبی ساختوں میں قوت مدافعت بہت کم ہوتی ہے - اس لئے موخر الذکر ساختیں غریب اجسام کی طرح خراش پیدا کرتی ہیں - پھر ان میں جراثیمی تعدی ہوتی ہے اور آسانی کے ساتھ قرحہ پیدا ہو جاتا ہے - اسی قسم کے قروح تیزی کے ساتھ گہرائی میں پھیلتے ہیں اور مندمل ہو جاتے ہیں - بالآخر قرنیہ میں سوراخ ہو جاتا ہے - کبھی التہاب کل العین بھی پیدا ہو جاتا ہے جس کی وجہ سے آنکھ نکال دینے تک نوبت پہونچ جاتی ہے -

علاج - چونکہ آنکھ عموماً بدنما ہو جاتی ہے اور اس کی بینائی جاتی رہتی ہے اس لئے اس کو نکال دینا بہتر ہی نہیں بلکہ اس سے مریض کی تکالیف کا خاتمہ ہو جاتا ہے - اگر آنکھ کا تحفظ ممکن ہو تو عام اصول کے ماتحت علاج کیا جائے -

التہاب قرنیہ بوجہ عدم اغماض عین
Keratitis-Lagophthalmos

یہ حالت ان آنکھوں میں پیدا ہوتی ہے جن کی اجفان پوری طرح بند نہیں ہوتیں - آنکھ کے کھلا رہنے سے بشری خلیات خشک ہو جاتے ہیں - اور قرنیہ کی خلطی نسیج میں سحابی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے بشرہ خشک ہو کر سطح سے علٰحدہ ہو جاتا ہے اور طبقہ قرنیہ جراثیمی حملہ کا شکار ہو جاتا ہے -

جن امراض میں آنکھ بند نہ ہو - کھلی رہے - ان میں یہی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے - جیسا کہ شدید جحوظ العین مجری سلعہ - عضلۂ محیط جفنی کے استرخاء وغیرہ کی حالت میں ہوتا ہے - اس کی وجہ یہ ہے کہ انعکاسی طور پر آنکھ نہیں جھپکتی اور سوتے وقت بھی مکمل بند نہیں ہوتی - شدید بیماریوں میں بھی یہی حالت پیدا ہو جاتی ہے -

علاج - آنکھ کو بند رکھا جائے - معمولی حالات میں آنکھ کو ٹھیک طریقہ پر بند رکھنا ہی کافی ہوتا ہے - آنکھ کو بند رکھنے کے علاوہ اس کے کھلا رہنے کے اسباب کو رفع کیا جائے - کبھی دونوں جفنوں کو آنکھ کے بند رکھنے کے خیال سے سینا پڑتا ہے -

التہاب قرنیہ بوجہ استرخاء عصبی
Neuroparalytic keratitis

یہ حالت عصب جمجمی خامس کے استرخاء کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے اور جب تک عصب وجہی بھی مسترخی نہ ہو اس وقت تک اس کے استرخاء کا سبب مرکزی نظام

عصبی کے اندر نہیں ہوتا۔ اسی طرح مرکزی نظام عصبی کے باہر اگر استرخار کا کوئی مرضی سبب موجود ہو تو بھی یہ ضروری نہیں کہ صرف اسی ایک عصب کے اندر استرخار لاحق ہو۔ مثلاً اگر عقدہ جامرۃ العصبیہ کو کاٹ کر الگ کر دیا جائے یا عصب خامس کے اندر پچکاری کے ذریعہ الکوحل داخل کر دی جائے اور اسی کے ساتھ ساتھ مناسب تدابیر اختیار کی جائیں تو بہت کم مریضوں میں التہاب قرنیہ پیدا ہوتا ہے۔

اطباء اس مرض کو ماہر مجنڈی (Majendie) کے زمانے سے جانتے ہیں۔ اس وقت اطباء کا خیال تھا کہ اعصاب کے ذریعہ خاص قسم کی تحریکات سفر کرکے اس حالت کو پیدا کرتی ہیں۔ مگر بعض ماہرین اس خیال کے مخالف تھے۔ وہ کہتے تھے کہ آنکھ کی حس خراب ہونے کی وجہ سے یہ التہاب ذیل کے طریقہ پر پیدا ہوتا ہے۔

حس کے ضائع ہو جانے سے انعکاسی طور پر آنکھ کا جھپکنا بند ہو جاتا ہے۔ جس کی وجہ سے قرنیہ پر مختلف غریب اجسام لگ کر قائم رہ جاتے ہیں۔ اور ان غریب اجسام کی وجہ سے قرنیہ میں رگڑ اور خراش پیدا ہوتی ہے اور خراش کا کوئی علاج نہیں کیا جاتا کیونکہ اس کا احساس بھی نہیں ہوتا۔ بالآخر ان خراشیدہ مقامات میں جراثیمی تعدی التہاب کا باعث ہوتی ہے۔ مگر مذکورہ نظریہ خاطر خواہ تشفی بخش نہیں ہے کیونکہ ان قروح کی ہیئت اُن قروح سے مختلف ہوتی ہے جو قرنیہ پر بے احتیاطی کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

یہ ممکن ہے کہ قرنیہ کے اندر عصب جمجی خامس کی شاخوں کے گرد فساد ہو جائے اور وہ خراش کا باعث بنے ورنہ صرف اعصابی استرخار سے یہ حالت اس وقت تک نہیں پیدا ہو سکتی۔ جب تک کہ کوئی مخرش چیز التہابی مقام پر موجود نہ ہو۔

تجربہ سے یہ ثابت ہو چکا ہے کہ اگر دونوں عصب خامس مسترخی ہو جائیں تو آنکھ کے بند ہونے سے دونوں آنکھوں میں التہاب قرنیہ پیدا ہو جاتا ہے مگر ایک عصب خامس کے مسترخی ہونے سے چونکہ دوسری آنکھ کی شرکی حرکات قائم رہتی ہیں اس لئے کسی حد تک اس کا تحفظ ہوتا رہتا ہے۔ ہاں اگر اس کے ساتھ عضلۂ محیط جفنی کا استرخار بھی موجود ہو تو یہ حالت بہت جلد نمودار ہو جاتی ہے۔ اسی طرح اس صورت میں جب کہ آنکھ بہت زیادہ باہر کو ابھری ہوئی ہو تو بھی یہ کیفیت جلد پیدا ہوتی ہے۔ قرنیہ کا التہاب جو وجع عصبی کے علاج کے سلسلہ میں پیدا ہوتا ہے۔ دماغ کے اندر سلعہ کی موجودگی میں بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ اور اورام ضمنی آتشکی و قاعدۃ الدماغ کے التہاب سحائی و کسر جمجی میں بھی پیدا ہو سکتا ہے۔

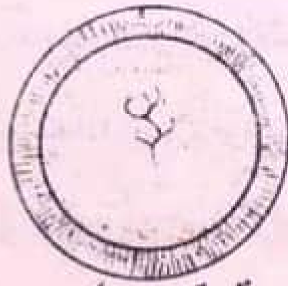
اس التہاب کی خصوصیت یہ ہے کہ قرنیہ کا بشرہ ضایع ہو جاتا ہے اور اس کی سطحی چمک غائب ہو جاتی ہے۔ پہلے مرکزی مقام سے بشرہ الگ ہوتا ہے اس کے بعد رفتہ رفتہ کل قرنیہ کی سطح سے غائب ہو جاتا ہے۔ صرف تھوڑے سے محیطی حصہ میں باقی رہ جاتا ہے اور کبھی چھلکے کے مانند پورا بشرہ اتر جاتا ہے۔ پہلے قرنیہ کی نسیج میں التہابی کیفیت پیدا ہوتی ہے۔ پھر یہ زرد ہو کر سطح سے الگ ہو جاتی ہے اور اس جگہ قرحہ نمودار ہو جاتا ہے۔ اس قرحہ کے ساتھ خزانۂ مقدم میں ارتشاح صدیدی بھی پایا جاتا ہے۔ چونکہ حسی عصب میں خرابی ہوتی ہے اس وجہ سے آنکھ میں درد نہیں ہوتا۔ ہدبی احتقان موجود ہوتا ہے۔ اگر فوری علاج نہ کیا جائے تو قرنیہ میں بڑا سوراخ پیدا ہو جاتا ہے۔ قرحہ کے اندمال کے بعد قرنیہ کی سطح پر کوئی سفیدی قائم ہو جاتی ہے۔ جس کی وجہ سے بینائی کا اکثر حصہ ضایع ہو جاتا ہے۔ اس مرض کا اعادہ بار بار ہوتا ہے اور اس کی صورت یہ ہوتی ہے کہ لیفی ندبی ساخت خراب ہو کر الگ ہو جاتی ہے اور قرحہ نمودار ہو کر تکلیف شروع ہو جاتی ہے۔ عقدہ جامرۃ العصبیہ کو اگر بالکل نکال دیا جائے تو قرنیہ کی حس واپس نہیں آتی۔

علاج - ابتداء ابتداء میں قرنیہ کے معمولی قروح کے مانند علاج کیا جائے اور آنکھ کے تحفظ کے واسطے پٹی باندھی جائے۔ عموماً بہت جلد فائدہ ہو جاتا ہے اور قرحہ کی حالت بہتر ہو جاتی ہے مگر پٹی علحدہ کر دینے سے پھر قرحہ میں زیادتی شروع ہو جاتی ہے۔ لہٰذا بہتر ہے کہ اجفان کو آپس میں سی دیا جائے اور اسی حالت میں عرصہ تک رہنے دیا جائے اور صرف اس وقت ان کو کھولا جائے جب کہ گرمی اور تیز ہوا وغیرہ زیادہ نہ ہوں۔ اجفان کو سینے کا طریقہ جرحی عملیات کے سلسلہ میں تحریر ہے۔

اس مرض کی شدید حالتوں میں آنکھ بیکار ہو جاتی ہے اور اس میں ہمیشہ تکلیف موجود رہتی ہے۔ لہٰذا بہر صورت آنکھ کو نکال دینا ہی مناسب ہوتا ہے۔ اور اگر عصب عینی جو عصب جمجمی کی شاخ ہے۔ مسترخی ہو جائے تو بغیر تخدیر کے آپریشن کیا جا سکتا ہے۔

قرحہ تشجرہ (Dendritic-ulcer) **عقابیل عینی** (Herpes ophthalmicus) عقابیل حمی (Herpes febrilis) قروح تشجرہ عقابیل حمی کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں۔ ان کے پہلے درجہ میں معمولی آبلہ کے مانند حالت بہت کم پائی جاتی ہے۔ کیونکہ بشرہ بہت جلد غائب ہو جاتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ اس درجہ میں

چھوٹے چھوٹے سطح رقبے ملتے ہیں جو قرنیہ میں رگڑ پہونچے ہوئے رقبوں کے ساتھ مشابہت رکھتے ہیں۔ اگر معائنہ میں غور سے کام نہ لیا جائے تو یہ حالت بسا اوقات نظر انداز ہو جاتی ہے۔ ان قروح میں درد بہت زیادہ ہوتا ہے آنکھ سے پانی بہتا ہے اور جفنی انقباض پایا جاتا ہے۔ قروح چاروں طرف پھیلتے ہیں اور آپس میں مل کر ایک قرحہ بنا دیتے ہیں جس کے کنارے کٹے ہوئے معلوم ہوتے ہیں بعض اوقات اس قرحہ سے خاکستری لکیریں مختلف اطراف میں بڑھتی ہوئی دکھائی دیتی ہیں اور ان لکیروں سے شاخیں بھی نکلی ہوئی معلوم ہوتی ہیں جن کے سرے گول ہوتے ہیں۔ اس طرح سے ایک شکل پیدا ہو جاتی ہے جو درخت کی شاخوں سے مشابہ ہوتی ہے۔ ارتشاح کے اوپر کی سطح فساد کی وجہ سے ضایع ہو جاتی ہے اور اس کے نیچے مزمن خراش دار قرحہ نمودار ہو جاتا ہے۔ اس قرحہ کے ساتھ پیشانی میں عصبی درد بھی پایا جاتا ہے۔ یہ قروح علاج کے باوجود ہفتوں بلکہ مہینوں تک باقی رہتے ہیں مگر گہرائی میں ترقی پذیر نہیں ہوتے۔ ایک مرتبہ اندمال کے بعد دوبارہ عود کر سکتے ہیں۔ چونکہ یہ قرحہ عقابیل کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ اس وجہ سے عصب جمجمی یا اس کی شاخوں کے امراض میں پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات ملیریا بخار میں بھی پایا جاتا ہے۔



شکل نمبر ۱۱۵

قرحہ مشجرہ کا خاکہ

اس قرحہ کو احتیاط کے ساتھ کاربولک ایسڈ سے جلا دیا جائے۔ بعض ماہرین اس کے جلانے کے واسطے خالص الکوحل تجویز کرتے ہیں۔ مگر اس میں یہ خرابی ہے کہ کوکین کا اثر زائل ہونے کے بعد آنکھ میں شدید درد محسوس ہوتا ہے اس لئے ہم اس کی سفارش نہیں کرتے۔ اگر کاربولک ایسڈ سے جلانے کے بعد قرحہ کی ترقی بند نہ ہو تو مکوہ حدید استعمال کی جائے۔ ایٹروپین کا محلول آنکھ میں ڈالا جائے اور پیڈ رکھ کر پٹی باندھ دی جائے بعض حالتوں میں صرف دھوئیں کی رنگت کی عینک لگا کر مریض کو کھلی ہوئی ہوا اور فضا میں رکھنا زیادہ مناسب ہوتا ہے۔ اگر ایٹروپین سے فائدہ نہ ہو تو ایسرین کا محلول استعمال کرنے سے فائدہ ہو جاتا ہے۔ مگر اس کی صحیح علت غائی معلوم نہیں اس کے

علاوہ عمومی صحت کو بہتر بنانے کی کوشش کی جائے - اس کی اس لئے اور بھی ضرورت ہے کہ مریض بہت افسردہ رہتا ہے

مزمن قرحہ ساعیہ Chronic serpiginous ulcer
" " " Moorens ulcer
" " " Rodent ulcer

یہ قروح شاذ و نادر ہی ملتے ہیں - مگر جب پائے جاتے ہیں تو سن رسیدہ اشخاص میں اور سطحی ہوتے ہیں - اگر فوراً ان کا مناسب تدارک نہ کیا جائے تو تمام قرنیہ پر پھیل جاتے ہیں ابتدا ابتدا میں قرنیہ پر دو ایک جگہوں پر خاکستری ارتشاح ہوتا ہے جو فساد کی وجہ سے پھوٹ جاتا ہے اور اس کے نیچے چھوٹے چھوٹے قروح نمودار ہو جاتے ہیں - یہ قروح چاروں طرف پھیل کر ایک دوسرے سے مل جاتے ہیں - قرحہ کے بڑھتے ہوئے کناروں پر سطحی بشرہ کے نیچے دور تک کی ساخت خراب ہو جاتی ہیں - اور ان کے اوپر سفیدی مائل کنارہ پیدا ہو جاتا ہے - جو چاروں طرف سے قرحہ کے اندر کی طرف کو جھکا ہوا دکھائی دیتا ہے قرحے کے نیچے عروق پیدا ہو جاتے ہیں - اس قرحہ سے قرنیہ میں سوراخ تو نہیں ہوتا مگر قرحی حالت مہینوں تک رہتی ہے یہاں تک کہ قرنیہ کی سطح پر ہلکی سفیدی آجاتی ہے - اور بینائی بہت کم ہو جاتی ہے بعض اوقات اس کے ساتھ عنبیہ کا التہاب بھی پایا جاتا ہے - خزانۂ مقدم میں صدیدی ارتشاح بہت ہی شاذ و نادر ہوتا ہے اس لئے ۲۴ فی صدی مریضوں میں دونوں آنکھیں ماؤف ہوتی ہیں مگر یہ ضروری نہیں کہ ایک ساتھ ہی ماؤف ہوں -

علاج - قرحہ کے کناروں پر اندر کی طرف کو بڑھا ہوا البشرہ کاٹ دیا جائے - اس کے بعد قرحہ کی تمام سطح خصوصاً اس کے کناروں کو اچھی طرح جلا دیا جائے - بعض ماہرین خالص الکوحل سے متعدد بار جلانا مفید بتاتے ہیں - عموماً علاج سے قرحہ کی ترقی نہیں رکتی -

غیر صدیدی التہاب قرنیہ Non suppurative keratitis

غیر صدیدی التہاب قرنیہ کی دو قسمیں ہیں - ایک سطحی اور دوسری غائر - سطحی قسم میں سبل قرنیہ (Pannus) اور عقابیل حمی داخل ہیں مگر جب عقابیل قرحہ بن جاتے ہیں تو صدیدی التہاب میں ان کا شمار ہوتا ہے - غائر قسم میں صدیدی کیفیت کبھی نہیں پیدا ہوتی -

عقابیل قرنیہ Herpes-corneae

بعض بخار یا پانچویں عصب کے امراض اس کا باعث ہوتے ہیں عقابیل حمی (Herpes febrilis) میں چھوٹے چھوٹے آبلے نمودار ہوتے ہیں - جو باعتبار شکل کے ان آبلوں سے مشابہ ہوتے ہیں جو بخار کی حالت میں ہونٹوں پر ناک کے دونوں طرف کے

کے نتھنوں کے پاس پائے جاتے ہیں۔ عموماً اس حالت میں مریض بخار۔ مثلاً انفلوانزا۔ نمونیا۔ ملیریا۔ کالی کھانسی وغیرہ میں مبتلا ہوتا ہے۔ ہو سکتا ہے کہ بخار اس قدر خفیف ہو کہ اس طرف معالج کی توجہ مبذول ہی نہ ہو۔ مذکورہ حالتوں کے علاوہ کبھی حمی معوی کی مدافعانہ تلقیح کے بعد بھی یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس کے آبلے آلپین کے ہوٹے سرے کے برابر ہوتے ہیں اور قطاروں میں یا جھنڈ کی صورت میں پائے جاتے ہیں۔ بہت جلد یہ آبلے ٹوٹ کر کھرنڈ کی کیفیت میں تبدیل ہو جاتے ہیں اور جلد ہی مندمل ہو جاتے ہیں اور قرنیہ پر کوئی سفیدی بھی نہیں رہتی۔ کبھی یہ حالت بار بار عود کرتی ہے اور مشکل سے اچھی ہوتی ہے۔ اس کی شدید حالتوں میں متشجرہ قروح پیدا ہو جاتے ہیں اور خود ان میں بھی ثانوی عدوی کا امکان ہے۔ حاد حالت میں آنکھ کے اندر کھٹک ہوتی ہے۔ پانی نکلتا ہے اور حفینی انقباض پایا جاتا ہے۔ یہ حالت صرف ایک آنکھ میں ملتی ہے اور اسی طرف کی آنکھ میں ہوتی ہے جس طرف ناک یا ہونٹ والے آبلے ہوتے ہیں۔ ان حالتوں میں قرنیہ کی حس صرف اُن مقامات سے غائب ہوتی ہے جہاں پر یہ آبلے نمودار ہوتے ہیں۔ عقابیل قرنیہ کو بعض اوقات غلطی سے بثری التہاب سمجھ لیا جاتا ہے۔ لہذا خیال رہے کہ بثری التہاب بچوں میں پایا جاتا ہے اور عقابیل قرنیہ جوانوں میں۔ یہ عقابیل شفاف ہوتے ہیں اور بثرہ یا ثبور خاکستری ارتشاحی صورت میں پائے جاتے ہیں۔ آبلوں کے پھوٹنے پر ان میں عروق بالکل نہیں ملتے۔ اس حالت میں بعض لوگ ان کو غلطی سے رگڑ سمجھ لیتے ہیں۔ لہذا خیال رہے کہ عقابیل ایک ہی وقت میں بطور جھنڈ کے ملتے ہیں اور ان کے کنارے کٹے پھٹے ہوتے ہیں۔ خاص کر جب کہ بہت سے عقابیل باہم مل کر ایک ہو جائیں۔ ٹوٹتے ہوئے آبلوں کے اوپر کے بشری ٹکڑے کسی حد تک قائم رہتے ہیں۔ ان کے قبل چوٹ چپیٹ وغیرہ کی ہسٹری نہیں ہوتی۔

عقابیل عینی
Herpes ophthalmicus

عصب جمجمی خامس کی عینی شاخ کے اوپر چھوٹے چھوٹے آبلے قطار کی صورت میں ملتے ہیں۔ ان کے اچھا ہو جانے کے بعد ان مقامات پر لیفی ندبی ساخت باقی رہتی ہے اور یہ حالت توباد (Herpes-zoster) سے مشابہ ہوتی ہے۔ اس حالت میں عصب خامس کی مندرجۂ ذیل شاخیں ماؤف ہوتی ہیں۔

(۱) فوق الحجر (۲) فوق وتحت البکرہ -

1-Supra orbital

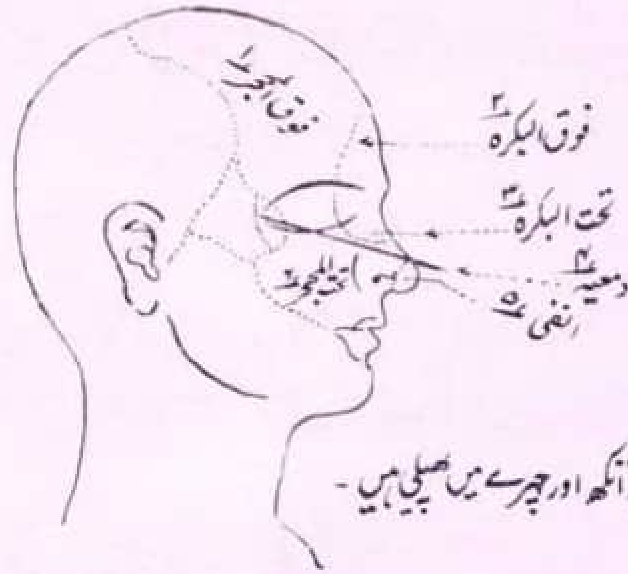
2-Supra trochlear

3-Infra trochlear

4-Lacrymal

5-Nasal

6-Infra orbital



شکل نمبر ۱۱۶

عصب خامس کی شاخیں جو آنکھ اور چہرے میں پھیلی ہیں -

عام طور پر یہ ہمیشہ ماؤف ہوا کرتی ہیں - انفی شاخ بھی عمومیت کے ساتھ ماؤف ہوتی ہے - مگر تحت الحجر شاخ بہت شاذ و نادر ماؤف ہوتی ہے - یہ حالت دونوں طرف یکساں بہت کم پائی جاتی ہے - اس کی ابتدا میں بخار اور جسم کسلمند ہوتا ہے - چھوٹے چھوٹے آبلے نمودار ہونے سے پہلے عصب کے پھیلنے کے مقامات پر شدید عصبی درد ہوتا ہے - یہ درد اس امر کی نمایاں دلیل ہوتا ہے کہ ان مقامات پر عقابیل پیدا ہونے والے ہیں - ان کے نکل آنے پر بعض اوقات درد بند ہو جاتا ہے اور کبھی نہیں بند ہوتا - بلکہ بعد میں بھی عرصہ تک قائم رہتا ہے - اجفان اور دوسرے ماؤف مقامات کی جلد سرخ ہو جاتی ہے اور اس پر تہیج پیدا ہو جاتا ہے اسی لئے اس مرض کو غلطی سے الحمرا سمجھ لیا جاتا ہے - مگر ان عقابیل کا نصف چہرہ پر ایک طرف ہونا اور اعصابی رفتار کے مطابق ان کا پایا جانا ان کو الحمرا سے ممتاز کر دیتا ہے - ان میں عموماً پیپ نہیں پیدا ہوتی - خون بہتا ہے اور بالآخر لیفی ندبی ساخت ان کی جگہ پر بن جاتی ہے یہ درجہ تقریباً ۳ ہفتہ تک قائم رہتا ہے اس کے بعد ماؤف مقام کی جلد کسی قدر جدا ہو جاتی ہے اور جب یہ عقابیل غائب ہو جاتے ہیں تو اس وقت آنکھ کے اندر عوارض رونما ہونے لگتے ہیں - اس وقت قرنوی خوردبین سے اگر دیکھا جائے تو گول گول نشانات نظر آتے ہیں جن میں نہایت باریک باریک نقطے پائے جاتے ہیں - یہ سب ایک دوسرے سے مل کر ایک بے قاعدہ رقبہ بنا لیتے ہیں - آبلے بہت کم پیدا ہوتے ہیں مگر جب ہوں تو دوسرے عقابیل حمی سے مشابہ ہوتے ہیں - عموماً قرنیہ کی گہری بافتوں

میں ارتشاح پایا جاتا ہے۔ اور ساتھ ہی اس کے جسم ہدبی اور عینی کا التہاب بھی رونما ہوتا ہے۔ عام طور پر ان حالات کے ماتحت قرنیہ کی حس غائب ہو جاتی ہے۔ ابتداء میں کسی قدر تو ترعین کم ہو جاتا ہے۔ اس حالت کے اچھا ہو جانے کے بعد بھی عرصہ تک عوارض چشم باقی رہتے ہیں۔

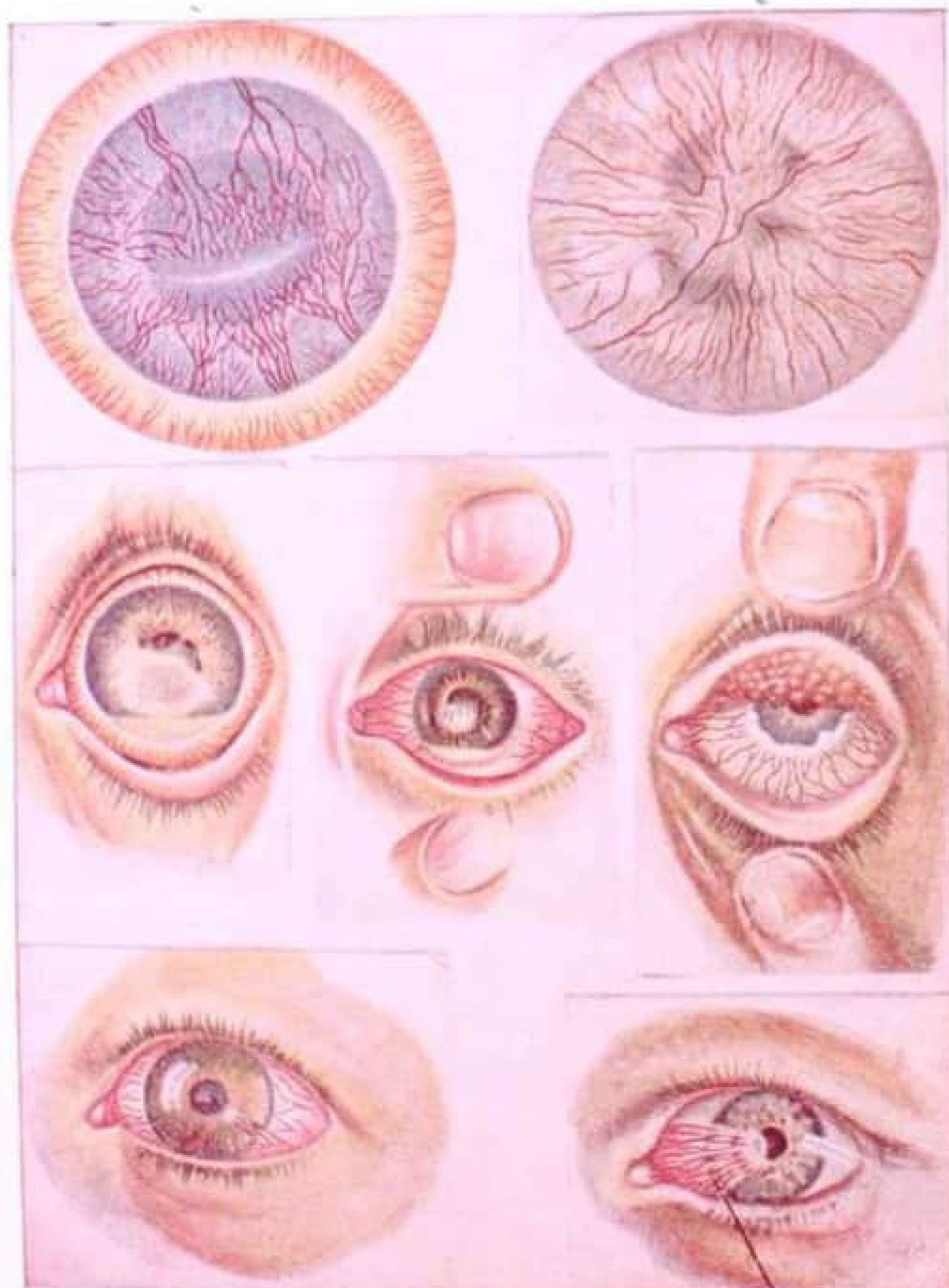
اس کا معائنہ کیا جائے اور دوسری آنکھ کی قرنیہ کی حس کا مقابلہ کریں۔ بعض مریضوں میں اس کے ساتھ محرک اعصاب کا استرخار بھی پایا جاتا ہے۔ تیسرے۔ چھٹے اور ساتویں عصب کا استرخار خصوصیت کے ساتھ ملتا ہے۔ عصب وجہی کے استرخار کی وجہ سے آنکھ مکمل بند نہیں ہوتی اسی لئے اس کے خشک ہو جانے کا بڑا خطرہ رہتا ہے۔

عقابیل قرنیہ عموماً سن رسیدہ اشخاص میں دیکھے جاتے ہیں۔ مگر ہر عمر میں پیدا ہو سکتے ہیں۔ عام طور پر اس کے مریض اپنے حالات بیان کرتے ہوئے کہتے ہیں کہ وہ اس کے قبل کاذب جلدری (Chicken pox) کے مریضوں کے پاس آجا چکے ہیں۔ تجربہ سے ہم اس نتیجہ پر پہونچتے ہیں کہ اس کا سبب جدری کاذب کا جرثومہ ہے لیکن بعض ماہرین کا خیال ہو کہ یہ مرض جرثومہ یا کسی سمّیں یا ایسے متعدی مادہ کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے جس میں ہم کسی قسم کے جراثیم کو دیکھ نہیں سکتے۔

علاج - آنکھ کو پٹی کے ذریعہ محفوظ رکھنے کی کوشش کریں اور جب آبلے پھوٹ جائیں تو تکمید کے بعد گرم محلول سے تر کر کے آنکھ پر پٹی باندھ دیں۔ اور آنکھ میں ایٹروپین ڈالتے رہیں۔ آنکھ کے اندر ایٹروپین ڈالنے سے بعض اوقات بہت فائدہ پہونچتا ہے۔ قروح کا مناسب علاج کیا جائے۔ عام جسمانی صحت کا خیال رکھا جائے۔ کونین اور احساس درد کو کم کرنے کے لئے اسپرین وغیرہ دیں۔ عقابیل قرنیہ کے علاوہ جلدی مقامات پر کوکین کا مرہم لگاویں۔ حاد حالت میں مریض کو بستر پر آرام کرنے کی تاکید کریں۔

نقطہ دار سطحی التہاب قرنیہ
Superficial punctate-keratitis

یہ حالت شاذ و نادر پائی جاتی ہے۔ انفلوانزا یا تنفس کی غشاء مخاطی کے نزلی التہاب میں ملتی ہے۔ اس میں آبلے نہیں پیدا ہوتے اس کی ابتدا حاد ملتحمی التہاب سے ہوتی ہو۔ ابتدائی حالت میں یا ابتدائی درجہ کے گذر جائے کے بعد قرنیہ کی سطح اور خاص کر اس کے کناروں کے نزدیک ابھرے ہوئے



(۱ و ۲) آتشکی خللی التہاب قرنیہ ۔
(۳) رمد ربیعی ۔
(۴ و ۵) قرنیہ کا قرحہ ساعیہ ۔
(۶) ناخونہ ۔
(۷) التہاب قرنیہ حومی

سطحی نقاط مہینوں تک اسی حالت میں رہ سکتے ہیں۔ پھر آہستہ آہستہ غائب ہو جاتے ہیں۔ جوانوں میں یہ مرض کبھی ایک آنکھ میں اور کبھی دونوں آنکھوں میں لاحق ہوتا ہے۔

علاج۔ اس کا علاج عقابیل قرنیہ کے مطابق کیا جائے۔ اگر کثرت شراب نوشی کی وجہ سے سن رسیدہ عورتوں میں چہرے اور ناک کا التہاب رونما ہو تو ایسی حالت میں التہاب قرنیہ پیدا ہو جاتا ہے جس میں خراش نمایاں ہوتی ہے۔ اور آنکھ سے پانی بہت بہتا ہے۔ اس کے علاوہ التہاب ملتحمہ میں اس کے اندر مخاط ملی ہوئی صدیدی رطوبت خارج ہوتی ہے۔ قرنیہ پر خاکستری سفید ارتشاحی رقبے نظر آتے ہیں اور چند قروح بھی نمودار ہو جاتے ہیں۔ یہ قروح بڑی شکل سے مندمل ہوتے ہیں۔ ان کا اعادہ بار بار ہوتا رہتا ہے۔ شدید حالتوں میں التہاب عنبیہ بھی پایا جاتا ہے۔

اس کا مقامی علاج بثری قروح قرنیہ کی حالت کے مطابق بثری التہاب قرنیہ کے مانند کیا جائے۔ اس کے علاوہ آنکھ میں کیلومل استعمال کیا جائے۔ بعض اوقات شعاع فوق البنفشی سے بھی فائدہ پہونچتا ہے۔ اس کے ساتھ ساتھ جلدی التہاب بھی پایا جاتا ہے لہذا جلدی التہاب کا علاج کرنا چاہئے۔ اگر جلدی التہاب قابو میں آجائے تو قرنیہ کی حالت بھی بہتر ہو جاتی ہے۔

قرنیہ کی نسیج خللی کا التہاب
Interstitial keratitis

یہ التہاب قرنیہ کی گہری ساختوں میں پیدا ہوتا ہے۔ عموماً ۵ سال سے ۱۵ سال کی عمر والے وہ بچے اس میں مبتلا ہوتے ہیں جو خلقی آتشک کے شکار ہوتے ہیں۔ لڑکیوں میں لڑکوں سے زیادہ یہ مرض پایا جاتا ہے۔ اس کی ابتدا میں خفیف خراش کی علامتیں پائی جاتی ہیں۔ ان کے ساتھ ہی ہدبی احتقان دموی بھی ہوتا ہے اور قرنیہ کے اندر التہابی مقامات سحابی رقبوں کی صورت میں ملتے ہیں۔ یہ رقبے قرنیہ کے چاروں طرف کناروں پر یا اس کے مرکز میں ملتے ہیں۔ اگر ان کی ابتدا محیط قرنیہ سے ہو تو بڑھ کر مرکز میں پہونچ جاتے ہیں۔ اور اگر مرکز سے شروع ہوں تو محیط کی طرف پھیلتے ہیں۔ بالآخر متعدد رقبے ایک دوسرے کے ساتھ مل کر تمام قرنیہ کو غیر شفاف بنا دیتے ہیں۔ جس کی وجہ سے قرنیہ کی چمک ضایع ہو جاتی ہے۔ غور کے ساتھ معائنہ کرنے سے معلوم ہوتا کہ یہ سحابی بقعات قرنیہ کے گہرے پرتوں میں واقع ہیں۔ اور ان کے اندر گہرے رنگ کے نقاط موجود ہیں۔ ونیز

باریک باریک سفید لکیریں بھی پائی جاتی ہیں۔ دو یا تین ہفتے میں قرنیہ کی ساری سطح سفیدی مائل ہو جاتی ہے اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ اس کی سطح پر بھاپ جم گئی ہے۔ جس طرح کہ شیشے پر منہ سے بھاپ ڈالنے پر وہ گدلا اور سفیدی مائل ہو جاتا ہے۔ اس سفیدی کے اندر کہیں کہیں گہرے سفید رنگ کے نقطے یا بقعات بھی ملتے ہیں۔ شدید حالتوں میں تمام طبقۂ قرنیہ گہرا سفید ہو جاتا ہے۔ جس کی وجہ سے التہاب عنبیہ دکھائی نہیں دے سکتا۔ مگر عموماً اس سحابی کیفیت کے اندر سے بھی دھندلے طریقہ پر عنبیہ دکھائی دیتا ہے۔

اسی دوران میں قرنیہ کے اندر دموی عروق پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ عروق گہری ساختوں میں شعاعی طور پر پائے جاتے ہیں اور محیطی بڑے سحابی رقبوں میں دموی عروق بہت زیادہ ہوتے ہیں۔ چونکہ ان عروق پر سفیدی مائل سحابی قرنیہ کے پرت موجود ہوتے ہیں اس لئے ان کا رنگ بجائے شوخ نظر آنے کے گلابی سرخ نظر آتا ہے۔ ان عروق کو انفرادی طور پر دیکھنے کے لئے بڑی طاقت کا عدسہ استعمال کرنے کی ضرورت ہوتی ہے

قرنیہ کی سحابی حالت عروق دموی سے پرے تک پائی جاتی ہے اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ اس سفیدی کو دموی عروق اپنے آگے دھکیل کرلے جا رہے ہیں۔ حاد حالتوں میں ان عروق کے جھتے تقریباً قرنیہ کے مرکز تک پہنچ جاتے ہیں۔ عروق کی پیدائش اس لئے عمل میں آتی ہے کہ ماوف مقامات پر محافظ اجزار پہونچ جائیں۔ کیونکہ بغیر ان عروق کے یہ محافظ اجزا جذب ہو کر قرنیہ تک نہیں پہونچ سکتے۔ سطحی پرتوں میں بھی کسی قدر عروق ملتے ہیں۔ مگر بہت کم ہوتے ہیں اور بعض حالتوں میں زیادہ بھی پائے جاتے ہیں۔ بہر حال تمام قرنیہ پر یہ پھیلے ہوئے نہیں ہوتے۔ بعض اوقات قرنیہ کے محیط پر ملتحمہ جا بجا قرنیہ سے ابھرا ہوا پایا جاتا ہے جس کی وجہ سے بثری التہاب ملتحمہ کے ساتھ اس مرض کا تشابہ ہو جاتا ہے۔

یہ ممکن ہے کہ جن مریضوں میں یہ حالت پائی جائے ان کو آتشک اور ورم خنازیری بھی لاحق ہو۔ یہ مرض انتہائی مدارج ترقی طے کرنے کے بعد کمی کی طرف مائل ہوتا ہے۔ اس وقت طبقۂ قرنیہ محیطی حصہ کی طرف سے صاف ہونا شروع ہو جاتا ہے مگر اس کے مرکزی حصے میں عرصہ تک سحابی کیفیت باقی رہتی ہے۔ پھر جیسے جیسے سحابی کیفیت رفع ہوتی ہے ویسے ویسے عروق بھی مسدود ہوتے جاتے ہیں۔ حالانکہ خون ان کے اندر دورہ نہیں کرتا پھر بھی غیر شفاف لکیریں ان کی جگہہ پر پائی جاتی ہیں۔ تنویر موربی کے ذریعہ ان کا معائنہ کرنا چاہئے۔ اندھیرے

کمرے میں قرحہ کا معائنہ ایک لیمپ کے ذریعہ زیادہ مناسب ہے۔ اس کے بعد بلا واسطہ طریقہ سے، ابھریہ طاقت والے عدسے سے معائنہ کیا جائے۔ اس کو مارٹن کے منظار العین کے دیکھنے والی ٹکڑی کے سامنے لاکر دیکھا جاتا ہے۔ روشنی کے مرکز پر سب سے پہلے حدقہ عین کے منحنی کنارے کو لائیں تاکہ صاف دکھائی دے اس کے بعد سر کو ذرا ہٹائیں یا محدب عدسہ سامنے لائیں یہاں تک کہ مرکزی مقام پر قرنیہ صاف دکھائی دینے لگے۔ اس وقت قرنیہ کے عروق سرخ زمین پر سیاہی مائل لکیروں کے مانند نظر آئیں گے۔ اگر ان کی ترتیب شعاعی ہو اور ان کی شاخیں بھی شعاعی طور پر پھیلی ہوں تو قرنیہ کی نسیج خللی کے التہاب کا تیقن ہو جاتا ہے! ور یہی خلقی آتشک کی بھی صحیح علامت ہے۔

جب مرض اپنی انتہائی ترقی پر ہوتا ہے تو بینائی یہاں تک کم ہو جاتی ہے کہ مریض صرف انگلیاں گن سکتا ہے۔ یا محض ہاتھ کی حرکت کو محسوس کر سکتا ہے۔ اور جب آخری مدارج انحطاط کو طے کرنے کے بعد مرض بہت معمولی رہ جاتا ہے تو اس وقت قرنیہ کے اندر خفیف سحابی کیفیت لئے ہوئے چھوٹے چھوٹے دھبے پائے جاتے ہیں۔ جن میں کہیں دموی عروق نظر آتے ہیں۔ مگر یہ عروق بہت جلد غائب ہو جاتے ہیں۔ اگر محیطی حصہ میں سحابی کیفیت قائم رہے تو یہ سحابی کیفیت صرف دائرے کے بعض بعض حصص تک محدود رہتی ہے۔ کبھی قرنیہ کی سطح پر قرحہ بھی پڑ جاتا ہے۔ جو ناہموار ہوتا ہے اس کی سطحی کیفیت ان بخارات کے مانند ہوتی ہے جو کہ ابر کی صورت اختیار کر لیتے ہیں۔ خراب حالتوں میں قرنیہ میں بہت دبازت آجاتی ہے اور وہ جھلی کے مانند ہو جاتا ہے۔ بادی النظر میں ایسا معلوم ہوتا ہے کہ آنکھ کی حالت بہت زیادہ خراب ہے اور اندمال کے بعد بینائی میں کوئی خاص فائدہ نہ ہوگا۔ مگر تجربہ سے ثابت ہوا ہے کہ ایسی حالت میں بھی صحت کے بعد کلیتاً بینائی ضائع نہیں ہوتی۔

اصولی طور پر یہ ذہن نشین کریں کہ خلقی آتشک کے خللی التہاب میں کبھی بھی آنکھ کو جرحی عمل کے ذریعہ نہ نکالا جائے۔ یہ التہاب دونوں آنکھوں میں عموماً یکساں ہوتا ہے۔ یہ ممکن ہے کہ ایک آنکھ پہلے اور دوسری چند ہفتے کے بعد ماؤف ہو۔ اور ایسا بھی دیکھا گیا ہے کہ دوسری آنکھ کے ماؤف ہونے میں چند مہینے یا چند سال کا وقفہ لگ گیا ہے۔ مگر یہ صورتیں بہت ہی شاذ و نادر ہوتی ہیں۔ قرنیہ کے خللی التہاب کی حاد حالت چھ ہفتے اور کبھی کئی مہینے تک رہتی ہے۔ اور قرنیہ سے سحابی کیفیت کے دور ہونے۔ عروق کے غائب ہونے میں ہفتوں بلکہ مہینوں کا وقت صرف ہو جاتا ہے۔ مگر یاد رہے کہ جب ۱۸ ماہ تک قرنیہ کی حالت درست نہ ہو تو اس کی بہتری کی امید

بہت کم ہو جاتی ہے۔

خلقی التہاب قرنیہ جب ۳۰ یا اس سے زائد عمر کے جوانوں میں رونما ہو تو عموماً اُن کی ایک آنکھ میں ہوتا ہے اور شدید صورت اختیار کرتا ہے۔ اکتسابی حالت میں بہت کم پایا جاتا ہے۔ اور اگر پایا جاتا ہے تو صرف ایک آنکھ میں۔ تجربہ سے معلوم ہوا ہے کہ اگر اکتسابی آتشک کے قروح اجفان یا چہرے پر موجود ہوں اور ان مریضوں میں اس کے بعد خلقی التہاب قرنیہ پیدا ہو تو یہ التہاب اسی طرف کی آنکھ میں پیدا ہوتا ہے جس طرف ابتدائی قرحہ نمودار ہوا تھا۔ ایسے مریضوں کو خلقی التہاب ابتدائی عوارض کے دو سال کے بعد لاحق ہوتا ہے لیکن یہ خیال ہے کہ اس وقفہ میں کمی و بیشی بھی ہو سکتی ہے۔

جن عورتوں کو قرنیہ کا خلقی التہاب ہو چکا ہو ان کے بچے بہت مرتے ہیں۔ بعض اوقات یہ التہاب آنکھ میں چوٹ لگنے کے بعد بھی پیدا ہو جاتا ہے اس کے علاوہ عمل جراحی یا کسی وتر کو لمبا کرنے کے آپریشن کے بعد اور بعض اوقات بثری التہاب قرنیہ کے بعد بھی یہ التہابی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ بظاہر چوٹ چپیٹ اسباب محرکہ میں سے ہیں۔ ورنہ آتشکی مریضوں میں یہ مرض خلقی طور پر پایا جاتا ہے۔

تشریح مرضی - خوردبین سے اگر آنکھ کا معائنہ کیا جائے تو بثری خلیات میں سحابی کیفیت ملتی ہے جس کا سبب تہیج ہے۔ قرنیہ کی خلقی نسیجوں کے گہرے پرتوں میں غیر شفاف دھبے نظر آتے ہیں۔ اس کے ساتھ ساتھ طبقۂ قرنیہ دبیز بھی ہو جاتا ہے۔ غشاء ڈسمٹی میں جھنیٹیں اور قرنیہ کی موخر سطح پر رسوب ابتداء مرض میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ بعد میں دموی عروق قرنیہ کے گہرے حصص میں نظر آتے ہیں۔ جن کی ترتیب مخصوص ہوتی ہے مندمل ہونے پر طبقۂ قرنیہ کسی قدر پتلا ہو جاتا ہے۔ جن مریضوں کے قرنیہ کا تشریحی حیثیت سے معائنہ کیا گیا ہے ان میں قرنیہ کے گہرے پرت غشاء ڈسمٹی کے سامنے ماوف پائے گئے ہیں۔

ہم اس کے قبل بتا چکے ہیں کہ التہاب قرنیہ جو التہاب ملتحمہ کے بعد ثانوی طور پر پیدا ہو۔ وہ سطحی ہوتا ہے اور طریق ہدبی و عنبی کے التہاب کے بعد ثانوی طور پر پیدا ہونے والا التہاب اس کی گہری نسیجوں میں رونما ہوتا ہے۔ مثلاً عنبیہ کے درنی عدوے کے بعد جو التہاب قرنیہ ثانوی طور پر پیدا ہوتا ہے وہ اس کی خلقی نسیجوں میں ہوا کرتا ہے اور اس کی ہیئت و حالت آتشک کے بعد پیدا ہونے والے التہاب خلقی کی حالت سے

بہت زیادہ مشابہ ہوتی ہے۔

تشریحی معائنہ سے ہم کو یہ معلوم ہوچکا ہے کہ خلقی آتشک کی وجہ سے خلی التہاب قرنیہ کے ساتھ ساتھ طرق ہدبی و عنبی میں بھی عوارض آتشکی رونما ہوجاتے ہیں۔ مثلاً ہمیشہ التہاب خلی کے ساتھ التہاب عنبیہ بھی پایا جاتا ہے اس کے علاوہ بعض اوقات جسم ہدبی میں بھی التہاب پیدا ہوجاتا ہے جس کی وجہ قرنیہ کی موخر سطح پر نقاط کی صورت میں رسوب نظر آتے ہیں۔ مذکورہ عوارض کے علاوہ التہاب مشیمیہ بھی پایا جاتا ہے۔ اگر تندرست آنکھ کے حدقۃ عین کو پھیلا کر منظار العین کے ذریعہ اس آنکھ کے طبقہ شبکیہ کو تاریک کمرے میں روشنی کے ماتحت دیکھیں تو طبقہ مشیمیہ کی مقدم سطح کا التہاب چھوٹے چھوٹے مختلف رقبوں کی صورت میں بآسانی دکھائی دے سکتا ہے۔ مذکورہ تمام مشاہدات اس امر کے مؤید ہیں کہ خلقی آتشک کی وجہ سے خلی التہاب قرنیہ گویا ثانوی طور پر التہاب طرق ہدبی و مشیمی کا نتیجہ ہے۔ مرضی حالات میں یعنی التہاب بقیہ تمام عوارض سے شدید ہوتا ہے اسی وجہ سے دیگر عوارض کو پوشیدہ کرتا ہے اور ہماری توجہ صرف اسی کی طرف مبذول ہوتی ہے۔ مگر کامیاب علاج کے واسطے ضروری ہے کہ بقیہ عوارض کا علاج بھی قرنیہ کی حالت کے علاج کے ساتھ مستعدی سے کیا جائے۔

بعض ماہرین کا خیال ہے کہ ایک آنکھ میں قرنیہ کا خلی التہاب ہونے کی وجہ سے ایک قسم کی ذکاوت حس پیدا ہوجاتی ہے جس کی وجہ سے دوسری آنکھ میں کچھ دنوں کے بعد بیماری شروع ہوجاتی ہے۔

اسباب ۔ اس کے قبل ہم بیان کرچکے ہیں کہ خلی التہاب قرنیہ درنی عدوی کی وجہ سے ثانوی طور پر شروع ہوتا ہے اور اس کی دوسری وجہ خلقی آتشک ہے۔ متعدد ماہرین کا یہ خیال ہے کہ مذکورہ التہاب درنی الاصل ہے چونکہ دوسرے امراض چشم سے اس کی تشخیص فارقہ کی اشد ضرورت ہوتی ہے اس لئے اس کی علامتوں کو بالتفصیل بیان کیا جاتا ہے۔

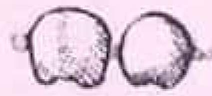
(۱) خلقی آتشک کے مریضوں کے عظم الجبہہ پر ابھار ہوتے ہیں۔ ان کی ناک چپٹی۔ چہرہ طبعی حالت سے زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔ مریض یا تو بیوقوف ہوتا ہے یا اس کی دماغی حالت طبعی معیار سے زیادہ تیز ہوتی ہے بہرہ پن بھی پایا جاتا ہے۔

(۲) اسنان ہچنسنی موجود ہوتے ہیں۔ عارضی دانتوں میں گڑھے پائے جاتے ہیں مستقل دانتوں میں سے صرف

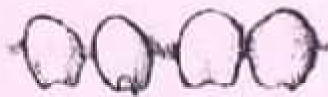
سامنے کے دو دانت (مرکزی قواطع) کی حالت کا معائنہ کافی ہے۔ مگر ان کے علاوہ بیرونی قواطع اور اگلی ڈاڑھیں بھی عموماً غیر طبعی حالت میں ہوتی ہیں۔ بالائی قواطع میں یہ خصوصیت ہوتی ہے کہ دانت کے بیچ کا حصہ پوری طرح نشو و نما نہیں پاتا۔ یہی وجہ ہے کہ یہ دانت نکلنے کے کچھ عرصہ کے بعد گھس جاتے ہیں اور ان کے بیچ میں ایک گڑھا پیدا ہو جاتا ہے۔ اگر دانت کے بیچ والے حصہ کی نشو و نما بہت کم ہو تو اس کا کاٹنے والا سرا تیلا ہو جاتا ہے۔ حالت جس قدر زیادہ ہو اسی قدر دانت کی شباہت کھونٹے کے مانند ہو جاتی ہے۔ ان دانتوں کی لمبائی چوڑائی طبعی حالت کے مقابلہ میں کم ہوتی ہے یہی وجہ ہے کہ مرکزی قواطع ایک دوسرے سے زیادہ دور واقع ہوتے ہیں۔ شدید حالتوں میں تمام قواطع کھونٹے کے مانند اور بہت چھوٹے ہوتے ہیں۔ یہ تغیرات دونوں طرف یکساں پائے جاتے ہیں۔ مندرجہ ذیل تصاویر میں ایک دانت طبعی اور دوسرا غیر طبعی دکھایا گیا ہے۔



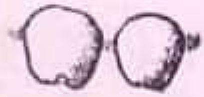
شکل نمبر ۱۱۸



شکل نمبر ۱۱۰



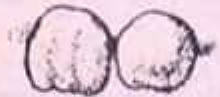
شکل نمبر ۱۲۰



شکل نمبر ۱۱۹



شکل نمبر ۱۲۲



شکل نمبر ۱۲۱

"اسنان ہچنسی"

(۳) منہ کے دونوں طرف لمبی لمبی لکیریں یعنی ندبی ساخت کی پائی جاتی ہیں۔ جو جنینی حالت میں قروح کے اندمال کے بعد پیدا ہو جاتی ہیں۔ اس کے علاوہ۔ خشک ثعلب و خشک رخوہ اور منہ کے اندر دوسرے مقامات پر یعنی ندبی ساختوں کی موجودگی اس امر کی دلیل ہے کہ پیدائش سے قبل قروح پیدا ہوئے اور وہ مندمل ہو گئے۔

(۴) سخت چہروں کی طرح غیر متالم غدد لمفادی بھی پائے جاتے ہیں۔ یہ غدد گردن کے موخر مثلث میں

خصوصیت کے ساتھ ملتے ہیں۔

(۵) غشاء العظام پر سخت غدد موجود ہوتے ہیں۔ یہ غدد قصبہ کبریٰ پر خصوصیت کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔ ان کے علاوہ مرض التہاب غشاء زلالی بھی ملتا ہے۔ خاص کر مفصل رکبہ پر پایا جاتا ہے جو مفصلی غشاء میں زیادہ لاحق ہوتا ہے۔ بچہ کے والدین میں بھی آتشکی علامات کے دیکھنے کی کوشش کی جائے۔ اگر شک ہو تو تفاعل واسرمنیہ سے کام لیں۔ پہلے ہی ہم ذکر کر چکے ہیں کہ خلالی التہاب قرنیہ اکتسابی آتشک میں بھی دیکھا جاتا ہے۔ بعض ماہرین نے بیان کیا ہے کہ اس کی وجہ ملیریا اور دوسری بیماریاں بھی ہیں۔ تجربہ کے لئے کتے کے غدہ درقیہ کو نکال دیا گیا چنانچہ اس غدہ کے نکالنے کے بعد اس میں یہ التہاب پیدا ہوا۔

علاج ۔ عموماً معالجین ان امراض کے علاج میں پارہ وغیرہ کے مرکبات استعمال کرتے ہیں۔ مگر ہمارا خیال ہے کہ اس مرض کے سلسلے میں قرنیہ کی حالت میں کوئی نمایاں فرق پیدا نہیں ہوتا کیونکہ قرنیہ میں اول تو عروق ہوتے ہی نہیں اور اگر مرض کی وجہ سے پیدا ہوتے بھی ہیں تو بہت ہی کم۔ پارہ کے مرکبات وغیرہ دینے میں کوئی حرج نہیں۔ اس سے مرض کا کسی قدر استیصال ضرور ہوتا ہے۔ بچوں کو اگر آیوڈائڈ دینے کی ضرورت ہو تو اس کی بہترین ترکیب یہ ہے کہ لوہے کے آیوڈائڈ کا شیرہ یا شربت تیار کرکے دیا جائے۔ سلورسان کے استعمال سے اس مرض میں کوئی خاص فائدہ نہیں ہوتا۔ بعض مریضوں کو غدہ درقیہ کا خلاصہ مفید ثابت ہوتا ہے جن مریضوں میں ورنی عدوی کا شبہ ہو ان کو مچھلی کا تیل اور مالٹین وغیرہ کھلانے سے فائدہ ہوتا ہے۔ مذکورہ علاج کے علاوہ حفظان صحت کے عمومی اصولوں کو مدنظر رکھ کر علاج کیا جائے۔

اس مرض کا مقامی علاج نہایت ضروری ہے۔ چونکہ خلالی التہاب قرنیہ کے ساتھ طریق عنبی و مشیمی کا التہاب بھی موجود ہوتا ہے۔ اس لئے ان انسجہ کو بھی محفوظ رکھنے کی کوشش کرنا چاہئے۔ اس مقصد کے لئے ابتدا ہی سے ایٹروپین آنکھ میں ڈالی جائے۔ کیونکہ اس سے دو فائدے ہوتے ہیں ایک تو جسم ہدبی وطبقۂ عنبیہ کو آرام ملتا ہے اور دوسرے یہ کہ عنبیہ و جلیدیہ کی موخر سطوح آپس میں ملتصق نہیں ہوتیں۔ بعض حالات میں حدقۂ عین کا انبساط بہت مشکل ہوتا ہے جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ ماؤف قرنیہ میں سے گذر کر یہ دوا خزانۂ مقدم میں بخوبی نہیں پہونچتی۔ اس کی حاد حالتوں میں تکمید بہت ضروری ہے۔ جن مریضوں کی آنکھ سے بہت زیادہ پانی بہے اور آنکھ میں شدید انقباض جفنی موجود ہو حدقۂ عین

ایٹروپین کے استعمال کے باوجود منبسط نہ ہوتا ہو ان کی کنپٹی پر جونک لگوانے سے فائدہ پہونچتا ہے۔ روشنی سے آنکھ کو محفوظ رکھنے کے لئے دھوئیں کے رنگ کی عینک استعمال کرنا چاہیے۔ بعد کے مدارج میں وہ تدابیر اختیار کریں جو لفادی دوران میں آسانی اور آنکھ کی سحابی کیفیت میں کمی پیدا کریں۔ زرد مرہم جو پارے کے آکسائڈ سے تیار کیا جاتا ہے۔ عرصہ تک استعمال کرائیں۔ شروع شروع میں ایٹروپین کا استعمال بھی اسی طرح کریں یعنی مرہم کے اندر ایٹروپین ملالیں۔ اور آنکھ کے اندر مرہم لگاکر آہستہ آہستہ اس کو ملیں تاکہ دونوں دوائیں قرنیہ میں جذب ہو جائیں۔

قرنیہ کا التہاب غائر

Keratitis profunda

جب قرنیہ کے وسط میں گہری تہوں کے اندر التہابی ترشح پایا جائے اور اس کی کوئی وجہ معلوم نہ ہو تو اس وقت اس حالت کا نام غائر التہاب قرنیہ رکھا جاتا ہے۔ یہ حالت آنکھ میں چوٹ لگنے سے پیدا ہوتی ہے اور بہت جلد جاتی رہتی ہے۔ بعض حالات میں قرنیہ کے مرکزی مقام پر سفیدی ہو جاتی ہے جس کو معائنہ کرنے پر اس میں نقاط اور باریک خطوط نظر آتے ہیں۔ اس میں آنکھ کے اندر نہایت معمولی تکلیف ہوتی ہے۔ قرنیہ میں عروق دموی نہیں پیدا ہوتے۔ ۴ سے ۸ ہفتہ میں یہ حالت جاتی رہتی ہے مگر کبھی اس کی وجہ سے آنکھ میں مستقل سفیدی باقی رہ جاتی ہے۔ ماہرین کے نزدیک ملیریا۔ سردی لگنا یہ سب اس کے اسباب ہیں۔ اس کا مقامی علاج التہاب خلیی کی طرح کرنا چاہئے۔

غائر محیطی التہاب قرنیہ

Keratitis marginal-profunda

یہ حالت شاذ و نادر سن رسیدہ اشخاص میں پائی جاتی ہے۔ اس کی ابتدا خاکستری زرد دار ارتشاح سے ہوتی ہے جو ایک یا دو ملی میٹر چوڑا اور طبقہ صلبیہ سے متصل ہوتا ہے۔ عموماً اوپر کے حصے میں پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات قرنیہ کے گرد ایک حلقہ بناتا ہے۔ اس کی معمولی تکلیف ہفتہ دو ہفتہ میں ختم ہو جاتی ہے۔ مگر اس کے بعد مستقل اور غیر شفاف سفیدی باقی رہ جاتی ہو۔ یہ سفیدی قوس شیخوخت سے ملتی جلتی ہوتی ہے فرق صرف اتنا ہوتا ہے کہ اس حلقہ اور صلبیہ کے درمیان قرنیہ کا کوئی صاف حصہ نہیں ہوتا۔

قرنیہ کے فسادی تغیرات

قوس شیخوخت

Arcus senilis

قوس شیخوخت دراصل قرنیہ کے محیطی حصہ میں شحمی فساد کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے اس کی ابتدا قرنیہ کے بالائی اور زیرین حصہ میں ہلالی صورت سے ہوتی ہو یہ دونوں

ہلالی حصے محیط قرنیہ کے متوازی ہوتے ہیں۔ بعد میں دونوں ہلال کے سرے آپس میں مل جاتے ہیں اور قرنیہ کے گرد ایک حلقہ بن جاتا ہے۔ بالائی اور زیرین حصہ چوڑا ہوتا ہے اس کی خصوصیت یہ ہے کہ اس کے اور صلبیہ کے درمیان ایک شفاف حلقہ قرنیہ کا باقی رہتا ہے۔ چوڑے مقامات پر یہ ایک ملی میٹر سے زیادہ چوڑا نہیں ہوتا۔ بینائی یا قرنیہ کی توت حیات کے لحاظ سے اس توس کو کوئی اہمیت حاصل نہیں ہے۔ یعنی ان دونوں چیزوں پر اس کا کوئی اثر نہیں پڑتا بعض بچوں میں بھی توسی حالت پائی جاتی ہے جس کو توس الصبیان Arcus juvenilis کہہ سکتے ہیں۔ ماہرین کا خیال ہے کہ یہ حالت خلقی ہوتی ہے۔

قرنیہ کی چوڑی غیر شفاف سفیدی Band shaped-opacity
قرنیہ کا مستعرض کلسی سحیبہ Transvers calcarious filum
سحیبہ حزامی Zonular opacity

یہ حالت سن رسیدہ ان اشخاص میں ملتی ہے جن کی آنکھیں سکڑ جاتی ہیں اور ان میں بینائی نہیں ہوتی۔ تغذیہ کا نقص اور آنکھ کا کھلا رہنا اس کا سبب ہے۔ یہ سفیدی صرف قرنیہ کے فتحۃ العین کے حصہ میں پائی جاتی ہے۔ اس کی ابتدا اندرونی یا بیرونی طرف سے ہوتی ہے۔ اور بڑھتے بڑھتے آنکھ میں ایک طرف سے دوسری طرف قرنیہ پر ایک چوڑا سا رقبہ بنا دیتی ہے۔ محیطی حصہ پر قرنیہ کا کچھ حصہ شفاف رہتا ہے یہ کیفیت دوسرے فسادی تغیرات میں بھی دیکھی جاتی ہے۔ جس کی وجہ یہ ہے کہ عروق دمویہ کے نزدیک ہونے سے اس حصہ کا تغذیہ بہتر ہو جاتا ہے۔ اسی لئے یہ شفاف رہتا ہے سب سے پہلے خلوی انسجہ کے حصوں میں زجاجی فساد پیدا ہوتا ہے۔ اس کے بعد اس حصہ میں چونے کے اجزا پیدا ہو جاتے ہیں۔ شاذ ونادر تندرست آنکھوں میں بھی یہ مرض لاحق ہوتا ہے۔

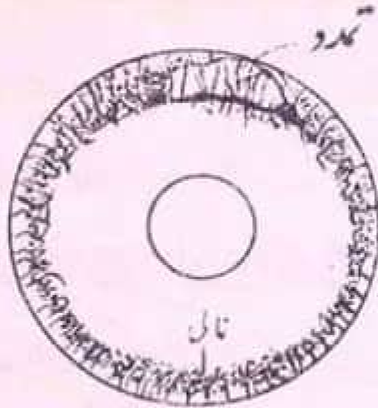
علاج - مذکورہ شاذ حالت میں اگر سفیدی کو کھرچ کر الگ کر دیا جائے تو بینائی بہتر ہو جانے کی امید کی جا سکتی ہے۔ عموماً جن آنکھوں میں یہ حالت پیدا ہوتی ہے ان میں بینائی نہیں ہوتی اسی لئے ان کو نکال دینا ہی مناسب ہوتا ہے۔ آنکھ نکال دینے کے بعد مصنوعی آنکھ لگا دینے سے بدوضعی رفع ہو جاتی ہے۔

قرنیہ کے فسادی تغیرات

قرنیہ کے پرانے کوکب میں۔ یا مقدم انتفاخ قرنیہ میں یہ فسادات پیدا ہو سکتے ہیں اور یہ مختلف قسم کے ہوتے ہیں۔ جن میں سے فساد زجاجی۔ تکلس قرنیہ اور ان کے علاوہ ندبی ساختوں میں تکلیف دہ قرحی خطرات بھی پیدا ہو سکتے ہیں۔

شیخوخی محیطی ضمور قرنیہ
Senile marginal atrophy

اس حالت میں قرنیہ کے محیط پر قوس شیخوخت کی جگہ نسیجیں مردہ ہو کر الگ ہو جاتی ہیں اور گڑھا پڑ جاتا ہے۔ سن رسیدہ اشخاص میں شاذ و نادر یہ صورت پیدا ہوتی ہے کبھی ایک اور کبھی دونوں آنکھوں میں یہ گڑھے پیدا ہوتے ہیں جو بعد میں بہہ بھی سکتے ہیں۔



شکل نمبر ۱۲۳

شیخوخی محیطی ضمور قرنیہ

قرنیہ کی تمدد یا تسع حالتیں
(Ectatic conditions)

قبل ازیں ہم بتا چکے ہیں کہ قرنیہ کی التہابی کیفیت کی وجہ سے اس میں تمدد کی حالتیں پیدا ہو جاتی ہیں جیسا کہ

مقدم عنبۃ القرنیہ
Anterior staphyloma

بروز القرنیہ (Keratectasia) وغیرہ میں ہوتا ہے۔ قرنیہ کی غیر التہابی تسع حالتیں صرف دو ہوتی ہیں۔ ایک تو کروی انتفاخ القرنیہ اور اس کا بڑا یا انتفاخ (Keratoglobus) اور دوسری مخروطی انتفاخ القرنیہ (Keratoconous)

تمدد بوجہ التہاب
(۱) عنبۃ القرنیہ (Staphyloma)
(۲) بروز القرنیہ (Keratectasia)

تمدد بغیر التہاب
(۱) مخروطی انتفاخ القرنیہ (Keratoconous)
(۲) کروی انتفاخ القرنیہ (Kerato globous)

عنبۃ القرنیہ کی حالت میں ابھری ہوئی ندبی ساخت پائی جاتی ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ اس کے قبل قرحہ میں سوراخ ہو جاتا ہے اور اس کے اندر سے عنبیہ باہر کو نکل آتا ہے۔ اس میں خالص قرنوی نسیج بالکل نہیں ہوتی بلکہ صرف عنبیہ اور ندبی ساخت پائی جاتی ہے۔ یہ حالت جزو اور کل قرنیہ دونوں میں ہو سکتی ہے۔ جب کل قرنیہ میں یہ حالت

پیدا ہو جائے تو اس کو کلی عنبۃ القرنیہ کہتے ہیں۔ کلی عنبۃ القرنیہ میں قرنوی نسیج کا ایک حلقہ چاروں طرف باقی رہتا ہے اور کبھی اس کے گرد صرف صلبیہ رہ جاتا ہے۔ یہ حالت مخروطی اور کروی دونوں ہو سکتی ہے۔ دبازت اس کی مختلف ہوتی ہے۔ مگر عام طور پر اسی قدر تپلی ہوتی ہے کہ اس کی موخر سطح پر عنبیہ کا رنگین پرت چمکتا ہوا دکھائی دیتا ہے عنبۃ القرنیہ کے اندر تمام عنبیہ آجاتا ہے۔ صرف وہ حصہ باقی رہ جاتا ہے جو اس کے محیط میں ہوتا ہے۔ یہ محیطی حصہ قرنیہ کے بقیہ حصہ کی موخر سطح سے لگا رہتا ہے۔ اس لئے ایسی آنکھوں میں خزانۂ مقدم بالکل نہیں رہ جاتا۔

جزئی عنبۃ القرنیہ میں قرنیہ کا ایک حصہ ماؤف ہوتا ہے۔ ایک طرف یہ قرنیہ کے کنارے تک پہونچتا ہے اور دوسری طرف حدقۂ عین تک۔ مگر کلی عنبۃ القرنیہ میں قرنیہ کا کوئی حصہ شفاف نہیں باقی رہتا کہ جس کے اندر سے طبقۂ عنبیہ دکھائی دے تاہم اس صورت میں بھی قرنیہ کے ایک حصہ سے عنبیہ دکھائی دیتا ہے۔ جزئی عنبۃ القرنیہ مخروطی ہوتا ہے۔ طبقۂ عنبیہ اس کے اندر کھنچ کر آجاتا ہے اسی لئے حدقۂ عین اس کی طرف کو ہٹا ہوا معلوم ہوتا ہے اور بعض اوقات کسی قدر بند بھی ہو جاتا ہے۔ خزانۂ مقدم کی گہرائی مختلف مقامات پر مختلف ہوتی ہے۔

اسباب ۔ یہ حالت حقیقتاً ان قروح کے نتیجہ میں پیدا ہوتی ہے جن میں سوراخ ہو جاتے ہیں۔ اس کے اندر صرف عنبیہ اور ندبی ساختیں ہوتی ہیں۔ قرنیہ کی نسیج بالکل نہیں ہوتی جیسا کہ ہم پہلے بھی کہہ چکے ہیں۔ باہر کی طرف کو ندبی ساخت کا ابھرنا ابتدائی اور ثانوی دونوں طریقوں پر ممکن ہے۔ ابتدائی وہ صورت ہے جب کہ ندبی ساخت بننے کے بعد کسی فوری اثر سے باہر کو نکل آوے۔ جیسا کہ کھانسنے یا زور لگانے یا توترعین کے یکایک بڑھ جانے کی وجہ سے ہوا کرتا ہے اور ثانوی صورت وہ ہوتی ہے جب کہ یہ کیفیت کچھ عرصہ کے بعد پیدا ہو خواہ اس کی وجہ توترعین کی زیادتی ہو یا ندبی ساخت کی اس قدر کمزوری کہ توترعین کو برداشت نہ کر سکے۔

نتائج (۱) اس کی وجہ سے بینائی میں ہمیشہ کمی آجاتی ہے۔ حدقۂ عین کے مقام اور حدقہ کے سامنے کے قرنوی حصہ کی شفافیت پر بینائی کا دار و مدار ہے۔ جزئی حالت میں بینائی پر کم اثر پڑتا ہے۔ اچھی حالتوں میں بھی جب کہ حدقۂ عین کا ایک حصہ بالکل شفاف قرنیہ کے پیچھے ہوتا ہے تو بینائی بالکل صاف نہیں ہوتی۔ کیونکہ ندبی ساخت کے نزدیک قرنیہ کے انحنا میں تغیر ہو جاتا ہے۔ جس کا اثر کسی قدر قرنیہ پر پڑتا ہے۔

(۲) رگڑ کی وجہ سے التہاب ملتحمہ پیدا ہو جاتا ہے۔

(۳) بڑے اور زیادہ اُبھرے ہوئے عنبۃ القرنیہ میں آنکھ کا مکمل طور پر بند ہونا مشکل ہوتا ہے اور اس کی چوٹی کے مکمل نہ ڈھکنے کی وجہ سے یبوست پیدا ہو جاتی ہے یا قروح مودار ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات تو اس سے اجفان اس قدر ہٹی رہتی ہیں کہ بیرونی التواجفنی پیدا ہو جاتا ہے۔

ان قروح میں جراثیمی تعدی ہو جاتی ہے جس کی وجہ سے التہاب۔ قرنیہ کے اندر سوراخ یا التہاب کل العین پیدا ہونا ممکن ہو جاتا ہے۔

(۴) عموماً عنبۃ القرنیہ کی حالت میں تو ترعین بڑھ جاتا ہے جس کی وجہ سے درد پیدا ہو جاتا ہے یا اس کی دیوار پھٹ جاتی ہے۔ اگر عنبۃ القرنیہ پھوٹ جائے تو اس کی وجہ سے آنکھ کے اندر نزف الدم لاحق ہوتا ہے اس کے علاوہ جسم ہدبی وعنبیہ کا التہاب بھی شروع ہو جاتا ہے اور التہاب کل العین بھی پیدا ہو سکتا ہے جس کے بعد آنکھ سکڑ جاتی ہے۔

علاج - اس کا علاج اطمینان بخش نہیں۔ قرنیہ کے قروح جن میں سوراخ پیدا ہوا ان میں یہ کوشش کرنا چاہیے کہ ان کی ندبی ساخت چپٹی ہو اس مقصد کے لئے اس وقت تک دباؤ والی پٹی باندھیں جب تک کہ ندبی ساخت بن کر سخت نہ ہو جائے۔ اور اگر اس حالت میں ہو سکے تو عنبیہ کا ایک حصہ کاٹ کر نکال دیا جائے کیونکہ ایسا کرنے سے ندبی ساخت کے زیادہ مضبوط ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ اگر عنبۃ القرنیہ پیدا ہو جائے یعنی اپنی ابتدائی حالت میں ہو تو اس کا علاج جزئی اور کلی عنبۃ القرنیہ کی صورت میں مختلف ہوگا۔ اگر کلی عنبۃ القرنیہ پیدا ہوا ہے تو بینائی تو زیادہ درست نہیں ہو سکتی مگر یہ بد وضعی رفع ہو سکتی ہے۔ اس کے واسطے مندرجہ ذیل جرحی عمل اختیار کیا جائے۔

(۱) عنبۃ القرنیہ میں تشگاف دیا جائے مگر اس تشگاف کا مطمح نظر صرف اتنا ہوگا کہ اس سے عنبیۃ کا اُبھار نیچے بیٹھ جائے اور اس کے بعد ندبی ساخت چپٹی پیدا ہو۔ تشگاف موتیا بند کے آپریشن والے نشتر سے دیتے ہیں۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ مرکز میں نشتر کو داخل کر کے دونوں طرف کے کناروں تک عنبۃ القرنیہ میں تشگاف دیں۔ تشگاف کے بعد عدسہ جلیدیہ آنکھ میں ہو تو اس کو نکال دیں۔ کیونکہ اس کے نکال دینے سے ندبی ساخت عمدہ اور مضبوط ہو جاتی ہے۔

(۲) عنبۃ القرنیہ کو کاٹ دیا جائے اس کی صورت یہ ہے کہ اوپر کے حصہ میں موتیا بند کے آپریشن والے نشتر سے تشگاف دے کر اس کو علیحدہ کریں اور نچلے حصہ کو چاروں طرف سے قینچی کے ذریعہ کاٹ کر الگ کر دیں۔ اس کے بعد عدسہ

جلیدیہ کو نکال دیں۔ اور زخم کو مندمل ہونے دیں تاکہ لیفی ندبی ساخت مضبوط بن جائے۔ ننگے زخم کو دونوں طرف سے ٹانکے لگاکر بند کردیں اور اس پر ملتحمہ کو اکٹھا کرکے ٹانکے لگادیں۔

(۳) آخری صورت یہ ہے کہ آنکھ کے اندر سے تمام ساختوں کو نکال دیں۔

آنکھ کی ساختیں نکال دینے کے بعد دوسری آنکھ میں شرکی التہاب کے پیدا ہونے کا ڈر رہتا ہے۔ اگر آنکھ میں خراش زیادہ ہو اور اس میں درد بھی ہوتا ہو تو آنکھ کو نکال دینا زیادہ مناسب ہے۔ مصنوعی آنکھ کے لگانے سے بدوضعی دور ہوجاتی ہے۔

جزئی عنبۃ القرنیہ میں مندرجہ ذیل تدابیر سے کام لیں۔

(۱) شگاف دے کر دباؤ والی پٹی باندھیں۔ ایٹروپین ڈالتے رہیں یہاں تک کہ مضبوط ندبی ساخت بن کر تیار ہو جائے اور باہر کی طرف اس کا ابھار رک جائے۔

(۲) شگاف دے کر دونوں طرف کی دیواروں کو آپس میں ملاکر ٹانکہ لگادیں۔

(۳) عنبیہ کا ایک حصہ کاٹ دیں۔ ایسا کرنے سے توترعین کا بڑھنا رک جاتا ہے مگر جب خزانہ مقدم غائب ہو تو اس کا کوئی خاص فائدہ نہیں ہوتا۔

بعض ماہرین عنبۃ القرنیہ میں توترعین کو کم کرنے کے واسطے ماہر البیٹ کے عمل جراحی سے کام لیتے ہیں۔ اس میں قرنیہ کے محیطی حصہ پر جہاں یہ صلبیہ سے ملتا ہے وہاں پر قرنیہ اور صلبیہ نصف قرنیہ اور نصف صلبیہ دونوں پر سوراخ بنا دیتے ہیں۔ اور اس کے اندر سے عنبیہ کا تھوڑا حصہ نکال کر کاٹ دیتے ہیں۔ بالکل یہی عمل زرق الماء میں بھی بروئے کار لایا جاتا ہے۔

بروز القرنیہ
Keratectasia

اس حالت میں التہاب قرنیہ کے بعد طبقہ قرنیہ باہر کو ابھر آتا ہے۔ عنبۃ القرنیہ سے یہ حالت اس لئے مشابہ ہوتی ہے کہ التہاب کے بعد پیدا ہوتی ہے۔ مگر اس لحاظ سے اس سے مختلف ہوتی ہے کہ اس میں قرنیہ کے اندر سوراخ نہیں ہوتا۔ بروز قرنیہ میں قرنوی نسیج اور بعض اوقات کچھ ندبی ساخت بھی شامل ہوتی ہے۔ اس کے بخلاف عنبۃ القرنیہ میں صرف طبقہ عنبیہ ہوتا ہے جس کے اوپر محض خفیف ندبی ساخت پائی جاتی ہے۔ بروز القرنیہ التہاب خلالی کے بعد پیدا ہوتا ہے۔ جب التہاب قرنیہ کی گہری ساختوں سے

شروع ہوتا ہے اور اس کے اندر پیپ نہیں پڑتی تو قرنیہ میں کمزوری آجاتی ہے اور توترعین کی وجہ سے وہ باہر کو ابھر آتا ہے۔ بروز القرنیہ میں قرنوی ابھار غیر شفاف سفید ہوتا ہے۔ مگر اس قدر سفید نہیں ہوتا جتنا کہ عنبتہ القرنیہ میں ندبی ساخت سفید ہوتی ہے۔ اسی سفیدی کی وجہ سے مخروطی اور کروی انتفاخ قرنیہ سے اس کو ہم تشخیص کرتے ہیں۔

اگر قرنیہ میں قرحہ ہو اور اس قرحہ میں سوراخ پیدا نہ ہوا ہو تو بروز القرنیہ کی حالت لاحق ہو سکتی ہے۔ اس حالت میں اس کے اندر خالص قرنوی نسیجیں قائم رہتی ہیں جو توترعین کی وجہ سے ابھر آتی ہیں۔

سبل قرنیہ کی حالت میں بھی بروز القرنیہ ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت میں ابھار غیر شفاف ہوتا ہے۔ ابھار جب ایک مرتبہ پیدا ہو جائے تو پھر قرنیہ کا شفاف ہونا غیر ممکن ہے۔

انذار مرض - اس مرض میں بینائی بڑی حد تک خراب ہو جاتی ہے۔ اور اس کا واپس آنا بالکل غیر ممکن ہوتا ہے۔

علاج - قرنیہ کے اندر خزانہ مقدم میں سوراخ کر دیں اور اس کے بعد دباؤ والی پٹی باندھیں یا عنبیہ کا ایک ٹکڑا کاٹ دیں۔ تاکہ توترعین کم ہو جائے اور ابھار کا رکنا ممکن ہو سکے۔

مخروطی انتفاخ قرنیہ

Keratoconous

یہ حالت بہت ہی کم ملتی ہے کبھی کبھی دیکھنے میں آتی ہے۔ خلقی طور پر طبقہ قرنیہ کمزور ہوتا ہے۔ عموماً ۱۴ سال کی عمر میں یہ حالت پیدا ہوتی ہے۔ مرکز کے قریب قرنیہ خصوصیت کے ساتھ پتلا اور کمزور ہوتا ہے۔ باہر کی طرف کو اس کا ابھار شروع ہو جاتا ہے اور مخروطی ابھار کی چوٹی مرکز قرنیہ سے ذرا نیچے کو واقع ہوتی ہے۔ بعض اوقات اس مخروطی ابھار میں ضربان مثل نبض کے پایا جاتا ہے۔ اس کی وجہ سے مختلف اشیاء میں جن کو کہ مریض دیکھتا ہے ضربانی کیفیت کا احساس ہوتا ہے۔ مقیاس توترعین کے ذریعہ اس ضربانی کیفیت کو ہم دکھلا سکتے ہیں۔

شروع شروع میں قرنیہ بالکل شفاف ہوتا ہے اور بینائی میں خرابی صرف قرنوی انحنار کی خرابی کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ جب یہ حالت زیادہ ترقی کر جائے تو ایک طرف سے کھڑے ہو کر قرنیہ کو دیکھنے سے صاف معلوم ہوتی ہے اور جب خفیف حالت میں ہو تو منظار القرنیہ کی تصویر قرنوی مرکز پر صاف گول نہیں نظر آتی۔ بلکہ ٹیڑھی ہوتی ہے۔ اسی ٹیڑھاپن کے ذریعہ سب سے پہلے اس حالت کا علم ہو جاتا ہے۔

منظار عین سے اندھیرے کمرے میں طبقہ شبکیہ کا سرخ انعکاس دیکھنے پر اس کے مرکز میں گول سایہ نظر آتا ہے



۱ مخروطی انتفاخ قرنیه

۲ خلطی التهاب قرنیه

۳ ناخونه

جو منظار عین کے مراۃ کو مختلف مقامات پر رکھنے سے اپنی جگہہ بدلتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ جس کی وجہ یہ ہے کہ اندر سے واپس ہونے والی شعاعیں باہر نکل کر معائنہ کرنے والے کی آنکھ تک نہیں پہونچتیں۔ بلکہ کچھ پہلے ہی ایک مرکز پر جمع ہو جاتی ہیں اس لئے وہاں پر جگہہ سیاہ نظر آتی ہے۔ مریض اس حالت میں شروع شروع میں قصر بصر کی شکایت کرتا ہے مگر کوئی عینک اس کے واسطے مناسب نہیں ہوتی۔ بعض اوقات یہ حالت دونوں آنکھوں میں پائی جاتی ہے۔ اس امر کا امکان ہے کہ اس کی ابتدا بہت خفیف طریقہ پر ہو پھر آہستہ آہستہ ترقی کرے۔ یا ابتدا ہی میں تھوڑے عرصہ کے اندر بڑھ کر بینائی کو زیادہ خراب کرے۔

آخری مدارج میں اس کی چوٹی پر متوازی خطوط نظر آتے ہیں۔ جو ایک دوسرے کے ساتھ ملنے پر ہمیشہ زاویہ قائمہ سے چھوٹا زاویہ بناتے ہیں۔ ان کو ہم آسانی کے ساتھ قرنوی خوردبین سے دیکھ سکتے ہیں۔ ان کے علاوہ قرنیہ میں علیحدہ علیحدہ سفید سحابی رقبے پائے جاتے ہیں۔ جو آیندہ چل کر آپس میں ایک دوسرے سے مل جاتے ہیں۔ بعض اوقات مخروط کے چاروں طرف بھورا سا حلقہ پیدا ہو جاتا ہے اور کبھی غشاء ڈسمٹی جگہہ جگہہ پھٹ جاتی ہے۔ قرحہ یا قرنیہ کا پھٹ جانا اور توتر عین کی زیادتی وغیرہ نہیں پائی جاتی۔

علاج - ابتدائی حالت میں بینائی کی اصلاح کی تدابیر اختیار کریں یعنی عینک استعمال کرائیں۔ اور اس حالت کی ترقی کو غور کے ساتھ دیکھتے رہیں۔ بروز القرنیہ کو روکنے کی بہت سی تدابیر ہیں جن میں سے بہترین طریقہ یہ ہے کہ کواۃ حدید سے اس کی چوٹی کو جلا دیا جائے۔ گہرا جلانا زیادہ مناسب ہے۔ بعض ماہرین کہتے ہیں کہ مرکز میں قرنیہ کے اندر سوراخ کرنا مناسب ہے مگر ایسا کرنے سے بعض اوقات ناسور بن جاتا ہے یا قرنیہ کی موخر سطح سے عنبیہ کی مقدم سطح کا التصاق ہو جاتا ہے اس کے علاوہ آنکھ کے اندر جراثیمی تعدی کا بھی خطرہ رہتا ہے۔ بعض جراح قرنیہ سے چوٹی پر کا ایک مثلث نما ٹکڑا کاٹ دیتے ہیں۔ مگر یہ آپریشن مشکل ہے اور اس سے نتائج امید افزا نہیں برآمد ہوتے۔ مکواۃ حدید کے ذریعہ جلانے کے بعد ندبی ساخت کم بنتی ہے۔ مگر بینائی کے کم ہونے کی وجہ سے عنبیہ کو کاٹ کر دوسری جگہہ ایک سوراخ بنانا ضروری ہوتا ہے۔ تاکہ مریض اس سوراخ کے ذریعہ دیکھ سکے مکواۃ حدید سے جلائی ہوئی جگہہ میں گودنے کے ذریعہ سیاہی بھر دی جاتی ہے۔

قرنیہ طبعی حالت سے بہت زیادہ بڑھا ہوتا ہے اور قرنیہ کے ساتھ تمام متعلقہ عین بھی بڑھاؤ میں شرکت کرتا ہے

خلقی زرق الماء میں یہ کیفیت پائی جاتی ہے اور اس حالت میں توترعین کی زیادتی کی وجہ سے تمام مقلۂ عین بڑھ جاتا ہے اور آنکھ کا حجم زیادہ ہوجاتا ہے - آنکھ کے بڑھنے میں کوئی رکاوٹ نہیں پیش آتی کیونکہ بچوں کا طبقہ صلبیہ اتنا سخت نہیں ہوتا کہ توترعین کی زیادتی سے نہ بڑھے -

قرنیہ کی وہ حالتیں جو امراض چشم میں پیدا ہوتی ہیں یا دوسرے امراض کی ترقی کی وجہ سے بطور عوارض کے پیدا ہوجاتی ہیں -

قرنیہ کی مرضی حالتیں ایسی بھی ہوتی ہیں جو آنکھ میں کسی دوسری بیماری کی علامات کے طور پر پائی جاتی ہیں - اسی طرح آنکھ میں دوسری نسیجیں بڑھ کر کوئی مرضی حالت پیدا کرتی ہیں جس کی وجہ سے قرنیہ میں تبدیلی پیدا ہوجاتی ہے ان میں سے بعض کو خاص طور پر امراض قرنیہ میں بیان کیا جاتا ہے مثلاً التہاب قلملی وغیرہ - مگر ایسا کرنے سے مرض کا صحیح اندازہ لگانے میں اور اس کے علاج معالجہ میں غلطی کا امکان ہے لہٰذا بہتر ہے کہ ہم ان بیماریوں کو جو ابتدائی طور پر قرنیہ میں شروع ہوتی ہیں ان بیماریوں سے تمیز کریں جو اس کے اندر ثانوی طور پر پیدا ہوتی ہیں -

زرق الماء (Glaucoma) میں ہمیشہ قرنیہ کی حالت منتشر نیلی سحابی کیفیت سے ملتی ہے - اس کی وجہ یہ ہے کہ قرنوی الیاف کی انعطافی طاقت میں تبدیلی پیدا ہوجاتی ہے اور یہ تبدیلی توترعین کی زیادتی کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے مگر اس کے علاوہ اور زائد مرضی تغیرات نہیں ہوتے -

اگر مرضی حالت قائم رہے تو تمام قرنیہ سحابی ہوجاتا ہے - اب پہلی حالت سے اس میں اختلاف ہوجاتا ہے توترعین کے کم ہوجانے پر بھی قرنیہ شفاف نہیں ہوتا - قرنیہ کے اندر تہیج رونما ہوتا ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ توترعین کی زیادتی سے لمفاوی دوران میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے - سب سے پہلے یہ حالت بشرہ میں پیدا ہوتی ہے اور وہ سفیدی مائل ہوجاتا ہے - قرنیہ کے مختلف تراشے لے کر اگر ان کا خوردبینی معائنہ کیا جائے تو معلوم ہوتا ہے کہ بشری خلیات کے درمیان رطوبت جمع ہوگئی ہے - قرنوی پرتوں کے درمیان اور عصبی الیاف کے گرد بھی رطوبت جمع ہوجاتی ہے -

اگر تہیج مدت تک قائم رہے تو ان کی آنکھوں میں خاص کر جو زرق الماء کی وجہ سے اندھی ہوجاتی ہیں بشری خلیات آبلوں کی صورت میں اٹھ آتے ہیں - زرق الماء کا موجود ہونا اس مرض کو دوسری حالتوں سے متمیز کردیتا ہے -

اسی حالت سے ایک اور حالت بھی مشابہ ہوتی ہے جس میں ابشری خیوط پیدا ہو جاتے ہیں - یہ خیوط ایک طرف قرنیہ سے ملحق ہوتے ہیں اور ان کا دوسرا سرا جو موٹا اور پھولا ہوا ہوتا ہے - آزاد لٹکا رہتا ہے - اس کو ہم خیوطی التہاب قرنیہ کہتے ہیں - یہ کیفیت زرق الماء میں بھی پائی جاتی ہے اور قرنوی عقابیں کی صورت میں بھی شاذ و نادر ملتی ہے -

قرنوی رسوب

Keratic-precipitates

غلطی سے اس کو نقاطی التہاب قرنیہ کہا گیا ہے - التہاب جسم ہدبی یا عنبی ہدبی التہاب کی صورت میں قرنیہ کی موخر سطح پر نقطوں کی صورت میں یہ رسوب جمع ہوتے ہیں - ان کو نظر انداز نہ کرنا چاہیے کیونکہ بعض اوقات صرف یہی نقاط خطرناک حالات کی ایک علامت ہو سکتے ہیں - موخر سطح قرنیہ پر یہ پائے جاتے ہیں - عنبی و ہدبی التہاب میں قرنیہ کے گہرے پرتوں میں بھی رسوبی ارتشاح کا پایا جانا ممکن ہے - یہی وجہ ہے کہ خلطی التہاب میں یہ رسوب عموماً ملتے جاتے ہیں - ہدبی و عنبی التہاب کے سلسلہ میں ان کو مفصل بیان کیا جائے گا -

قرنیہ کی سحابی کیفیت

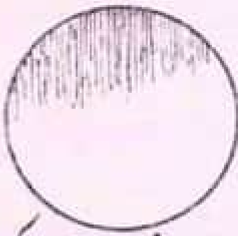
Opacities

بعض اوقات قرنیہ کی سحابی کیفیت یا سفیدی دوسرے امراض کی وجہ سے ثانوی طور پر بھی پائی جاتی ہے - صلبیہ کے التہاب کے سلسلہ میں ثانوی طور پر خاکستری یا سفید زبان کی شکل کے سفیدی مائل رقبے محیط قرنیہ پر ظاہر ہوتے ہیں - اس حالت کو ہم التہاب قرنیہ متصلب بھی کہتے ہیں -

خلقی طور پر بعض اوقات قرنیہ میں غیر شفاف سفید رقبے ملتے ہیں - ان میں سے اکثر خلقی نہیں ہوتے - بلکہ پیدائش کے وقت ضربی صدمات پہونچنے سے پیدا ہو جاتے ہیں - پیدائشی صدمات سے قرنیہ میں عارضی منتشر سحابی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے - جس کی وجہ سے تہیج رونما ہوتا ہے - کبھی یہ سحابی کیفیت مستقل شکل اختیار کر لیتی ہے - یہ صورت اس وقت پیش آتی ہے جب کہ غشا رڈ سمتی میں تفرق اتصال ہو -

خیوطی سفیدی قرنیہ میں مختلف شکل اختیار کرتی ہے جب کہ تیا بند کے آپریشن یا قطع عنبیہ کے لئے قرنیہ میں شگاف دیا جائے تو یہ سفیدی ظاہر ہوتی ہے اور جب یہ شگاف اونچا ہو تو قرنیہ میں جاتے ہوئے خاکستری باریک خیوط نظر آتے - بعض اوقات یہ خیوط قرنیہ کے دوسرے کنارے تک پہونچتے ہیں - ان کو دیکھنے کے لئے عینی خوردبین استعمال کرنا چاہیے -

زخم کے مندمل ہونے پر یہ خیوط غائب ہو جاتے ہیں۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ قرنیہ میں عارضی طور پر ایک چنٹ پیدا ہو جاتی ہے۔



شکل نمبر ۱۲۲

قرنیہ کی لکیروار سحابی کیفیت جو اخراج عدسہ کے لیے شگاف دینے کے بعد پیدا ہوتی ہے، یہ سحابی کیفیت مقام شگاف سے نیچے کی طرف جاتی ہوئی معلوم ہوتی ہے۔

قرنیہ کی سحابی کیفیت نامناسب علاج سے بھی پیدا ہو سکتی ہے۔ مثلاً جب کسی قرحہ یا رگڑ پر سیسہ کے نمکیات جمع ہو جاتے ہیں۔ تو اس صورت میں چونکہ یہ نمکیات حل نہیں ہوتے اس لئے مستقل سفیدی قائم رہ جاتی ہے اور اس جگہ پر قرنیہ کی حالت ایسی معلوم ہوتی ہے گویا کہ اس پر سفید رنگ چڑھا دیا گیا ہے۔ ہو سکتا ہے کہ عرصہ کے بعد یہ جگہ بالکل صاف ہو جائے۔ مگر اس میں دیر بہت لگتی ہے۔ اس کو کھرچنے کی کوشش میں احتیاط مناسب ہے۔ لیکن بہتر یہ ہے کہ آنکھ کے علاج میں سیسے کے نمکیات بالکل نہ استعمال کئے جائیں تاکہ ایسی حالت پیدا ہی نہ ہو۔

تلوین قرنیہ
Pigmentation of the cornea

نامناسب علاج سے قرنیہ میں لون پیدا ہو جاتا ہے مثلاً چاندی کے نمکیات محلول کے طور پر اگر عرصہ تک استعمال کئے جائیں تو ملتحمہ کے ساتھ قرنیہ میں بھی بھورا نشان پیدا ہو جاتا ہے۔ اس حالت کو انگریزی میں (Argyrosis) کہتے ہیں۔ قرنیہ کی غشاء ڈسمٹی میں چاندی کے مرکبات جمع ہو جاتے ہیں جن کی وجہ سے یہ رنگ ظاہر ہوتا ہے۔

نزف الدم

قرنیہ میں خون یا نزف الدم شاذ ہی نظر آتا ہے۔ سطحی طور پر قرنیہ میں خون کا سرخ رنگ کا دھبہ یا بھورے رنگ کا سبزی مائل داغ اس کی تمام سطح پر نظر آتا ہے۔ موخرالذکر صورت میں یہ حالت خزانۂ مقدم کے خون سے خصوصاً اس صورت میں پیدا ہوتی ہے جب کہ توترعین بہت بڑھا ہوا ہو۔

قرنیہ کے سلعات
Tumours

قرنیہ کے سلعات ہمیشہ ثانوی ہوتے ہیں۔ ملتحمہ کے سلعات بڑھ کر قرنیہ کو بھی خاص طور پر ماؤف کر دیتے ہیں۔ محیط قرنیہ پر جہاں قرنیہ صلبیہ سے ملتا ہے۔ عموماً ان سلعات کا ظہور ہوتا ہے۔

امراض طبقہ صلبیہ

مقلہ عین کے سفید حصے میں مختلف وجوہ سے سرخی پیدا ہو جاتی ہے۔ جن میں سے عمومی سبب ملتحمہ کا التہاب ہی۔ اسکے بعد التہاب جسم ہدبی و عنبی کا نمبر ہے۔ ملتحمہ، عنبیہ اور جسم ہدبی کی وجہ سے جو سرخی مقلہ عین کے سفید حصے میں ظاہر ہوتی ہے اس کی تشخیص فارقہ ہم شروع میں بیان کر چکے ہیں۔ مذکورہ بالا اسباب کے علاوہ خود صلبیہ کے التہاب کی وجہ سے بھی مقلہ عین کے سفید حصے میں سرخی پیدا ہوتی ہے۔ مبتدی عام طور پر اس سرخی کو دیکھ کر غلط فہمی میں مبتلا ہو جاتے ہیں اور دوسری نسیجوں کی وجہ سے پیدا شدہ سرخی کو صلبیہ کی طرف منسوب کرتے ہیں۔ لہذا ہمیشہ کے لئے یہ ذہن نشین کر لینا چاہیے کہ صلبیہ کی بیرونی نسیجوں اور خود صلبیہ دونوں کا التہاب نسبتاً کم یاب ہے۔

التہاب طبقہ صلبیہ صلبیہ کا التہاب یا تو سطحی نسیجوں میں ہوتا ہے۔ یا گہری نسیجوں میں۔ دوسرے الفاظ میں ہم یہ کہہ سکتے ہیں کہ اس التہاب کی دو حالتیں ہیں، ایک خفیف اور دوسری شدید، یہ دونوں حالتیں مختلف مدارج طے کرتی ہیں۔ اسی لئے ان دونوں کو علیحدہ علیحدہ ایک ایک مرض قرار دیا گیا ہے تاکہ ان کی تشخیص اور علاج میں آسانی ہو۔

صلبیہ کی سطحی نسیجوں کا التہاب (Episcleritis) یہ حقیقتاً ملتحمہ کی گہری بافتوں کا التہاب ہوتا ہے جسمیں صلبیہ کے سطحی پرت بھی ملتہب ہو جاتے ہیں۔ اس کی ابتدا یوں ہوتی ہے کہ پہلے پہل گول عقدہ جو بڑی مٹر سے مشابہ ہوتا ہے۔ قرنیہ کے محیطی صلبیہ سے ۲ یا ۳ ملی میٹر دور نمودار ہوتا ہے۔ یہ عقدہ سخت ہوتا ہے۔ اپنی جگہ سے حرکت نہیں کرتا اس میں درد بہت زیادہ ہوتا ہے طبقہ ملتحمہ کو اس عقدہ کے اوپر بآسانی حرکت دیجا سکتی ہے۔ اس کے اندر صلبیہ کے گہرے عروق دموی پائے جاتے ہیں اسی وجہ سے اس کا رنگ سرخ نہیں بلکہ بنفشئی ہوتا ہے یہ عقدہ عرصہ تک قائم رہتا ہے مگر تقرح اس میں بالکل نہیں ہوتا اور عام طور پر اس کے غائب ہو جانے کے بعد ماؤف مقام پر سلیٹی رنگ کی لیفی ندبی ساخت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس مقام پر صلبیہ کے ساتھ ملتحمہ ملتصق ہو جاتا ہے۔ طبقہ قرنیہ۔ اور طریق ہدبی و شیمی اس التہاب میں ماؤف نہیں ہوتے۔

اس التہاب میں درد بہت خفیف ہوتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا۔ مگر عام طور پر ماؤف مقام کو دبانے پر تألم اور بے چینی محسوس ہوتی ہے۔ مریض شدید عصبی درد کی شکایت کرتا ہے، مذکورہ التہابی عقدہ کئی دنوں یا ہفتوں بعد جذب ہوتا ہے۔ مگر اس ایک جگہ کے عقدہ کے جذب ہونے کے دوران ہی میں اس قسم کے دوسرے عقد کسی اور مقام پر پیدا ہو جاتے ہیں اور اس طریقہ سے اس مرض کا سلسلہ مہینوں تک قائم رہتا ہے۔ عموماً یہ التہاب دونوں آنکھوں میں ساتھ ساتھ شروع ہوتا ہے۔ شدید حالتوں میں یہ التہاب صلبیہ کی گہری انسجہ میں پہونچ جاتا ہے۔ اور نامعلوم طریقہ پر صلبیہ کے دوسرے اقسام کے التہاب میں منتقل ہو جاتا ہے۔

تشریحی معائنہ۔ تشریحی معائنہ سے پتہ چلتا ہے کہ ملتحمہ کے نیچے کی لیفی ساختوں اور صلبیہ کی سطحی بافتوں میں کریات لمفاوی کا ارتشاح ہو رہا ہے۔

اسباب۔ وجع مفاصل اور نقرس اس کے اسباب بیان کئے جاتے ہیں۔ مگر مریض اپنے سابقہ حالات میں وجع مفاصل کی کوئی شکایت نہیں بیان کرتا۔ اور اگر درد کی شکایت ہوتی بھی ہے تو عموماً عضلی عصبی وجع کی شکایت ہوتی ہے۔ مختلف مقامات سے عفنی مواد کے انجذاب سے پیدا ہوتی ہے۔ درنی اور آتشکی عوارض اس کے اسباب معدہ ہیں۔ عموماً ہر مریض میں عمومی ضعف پایا جاتا ہے۔ سن رسیدہ اشخاص بھی اس میں مبتلا ہوتے ہیں۔

علاج۔ بہ نسبت مقامی علاج کے عمومی علاج زیادہ مفید اور کارآمد ثابت ہوتا ہے۔ مریض اپنے سابقہ حالات میں اگر وجع مفاصل کی کوئی شکایت نہ بھی بیان کرے تو بھی "سیلی سیلک" کے مرکبات دینا چاہئے ان سے فائدہ ہوتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ "سوڈا سیلی سلیٹ" "اسپیرین" "سیلی سین" (salicin) اس مرض میں استعمال کرائے جاتے ہیں۔ اگر ان مرکبات کے دینے سے فائدہ نہ ہو تو آیوڈائیڈ استعمال کرانا چاہئے۔ مریض کو آتشک نہ ہو تو بھی اس کے جسم پر پارہ کے مرکبات کی مالش سے فائدہ پہونچتا ہے۔

مقامی علاج سب سے زیادہ بہتر یہ ہے کہ بالائی جفن پر انگلی رکھکر مقام ماؤف پر مالش کی جائے۔ مالش کے لئے آنکھ کے اندر کمزور طاقت کا بورک مرہم یا زرد سیمابی مرہم استعمال کریں، اس مرض کے مریض تیز محرکات کے متحمل نہیں ہوتے شدید حالتوں میں تکمید کریں۔ ڈایونین آنکھ میں ڈالیں یا کنپٹی پر جونکیں لگوائیں۔

نہایت خراب حالت کے مریضوں میں "مسلسل برقی رو" کو استعمال کریں۔ مقام ماؤف پر ہلکے ہلکے شگاف دیں،

یا سطحی نسیجوں کو مکواۃ کہربائی سے جلادیں جسمانی طاقت کو قائم رکھنے کے لئے ہر ممکن تدبیر عمل میں لائیں، ان ہی مذکورہ تدابیر پر کامیابی کا انحصار ہوتا ہے۔

صلبیہ کے غائر انسجہ کا التہاب (Scleritis) پہلی حالت کے مقابلہ میں کم پایا جاتا ہے۔ اس میں ایک یا ایک سے زیادہ گرہیں، صلبیہ کے اندر پیدا ہو جاتی ہیں۔ ماؤف مقام میں یہ گرہیں منتشر ہوتی ہیں۔

ادبعار پہلے گہرا سرخ یا نیلا ہوتا ہے، بعدہٗ زرد و بنفشئی رنگ اختیار کرتا ہے اور اس مقام پر صلبیہ چینی کی طرح نیم شفاف ہو جاتا ہے بعض اوقات یہ حالت بڑھ کر قرنیہ کے چاروں طرف پہونچ جاتی ہے اس وقت اسکو "حلقہ نما التہاب صلبیہ" کہتے ہیں۔ پہلے التہاب اور اس میں فرق یہ ہے کہ اس میں قرنیہ وطریق مشیمی و عنبی بھی ملتہب ہو جاتے ہیں، کسی حد تک التہاب عنبیہ مگر زیادہ تر ہدبیہ اور مقدم مشیمیہ کا التہاب پایا جاتا ہے۔ قروح نہیں پیدا ہوتے، مقام ماؤف پر اُن کی ساختیں منجذب ہو کر پتلی ہو جاتی ہیں اور سیاہی مائل ارغوانی ندبی ساخت بن جاتی ہے، جو تو ترین کی متحمل نہیں ہو سکتی اسی وجہ سے اس مقام پر مقلہ عینی پھول کر باہر کو نکل آتا ہے۔

صلبیہ کے منتشر التہاب کی حالت میں ملتہب مقام کے اندر سخت اور سفید گرہیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ اُن کا حجم آلپین کے سرے کی برابر ہوتا ہے یہ گرہیں ملتحمہ کے نیچے ہوتی ہیں اور سب کی سب قرنیہ کی محیطی کنارے سے یکساں فاصلہ پر واقع ہوتی ہیں کسی فساد منتشرہ کے رونما ہوئے بغیر یہ غائب ہو جاتی ہیں۔ دونوں مذکورہ صورتوں میں مرضی تشریح یکساں ہوتی ہے فرق صرف اتنا ہے کہ ایک التہاب میں سطحی انسجہ کے اندر لمفاوی ارتشاح پایا جاتا ہے اور دوسرے میں گہری ساختوں کے اندر یہ ارتشاح ظہور پذیر ہوتا ہے۔ یہ مرض عموماً دونوں آنکھوں میں شروع ہوتا ہے، بوڑھوں اور بچوں کے اعتبار سے جوانوں میں خاص طریقہ پر اور عورتوں میں مردوں سے زیادہ ہوا کرتا ہے۔ عورتوں میں اس کے ساتھ عموماً حیض سے متعلق خرابیاں بھی موجود ہوتی ہیں۔

صلبیہ کی گہری نسیجوں کا التہاب اپنے عوارض و نتایج کے لحاظ سے خطرناک حالت رکھتا ہے اس کے ساتھ طریق ہدبی و مشیمی کا التہاب بھی کسی قدر ضرور پایا جاتا ہے صحیح طور پر اب تک یہ نہیں معلوم ہو سکا کہ یہ التہاب صلبیہ کے مرض کا نتیجہ ہوتا ہے یا اُس کا سبب ہے۔ ہمارے خیال میں نہ تو یہ اس کا سبب ہے اور نہ نتیجہ بلکہ تمام اقسام کے التہاب ایک ہی قسم کے سبب سے پیدا ہوتے ہیں۔ اور وہ سبب جسم کے اندر کسی عضو مرکز سے سِیّن کا انجذاب ہے۔ عام طور پر

ایسے عفنی مراکز کا معلوم کرنا ناممکن ہوتا ہے تاہم معالج کو خاص طور پر انفی تجاویف اور اعضاء تناسل کا معائنہ کرنا ضروری ہے اگر عورتیں اس مرض میں مبتلا ہوں تو مذکورہ امور کا خصوصیت کے ساتھ لحاظ کرنا چاہئے بعض مریضوں کے نظام ہضم یعنی امعاء وغیرہ میں خرابیاں ہوتی ہیں۔ اس مرض میں جسقدر دوائیں مفید ثابت ہوتی ہیں ان سب کا عمل یہی ہوتا ہے کہ وہ امعاء کے اندر عفنی حالتوں میں کمی پیدا کرتی ہیں۔ اور اسی خاصہ کی وجہ سے ان سے فائدہ پہونچتا ہے بعض مریضوں میں یقیناً یہ مرض درنی یا آتشکی ہوتا ہے۔ ماہر "سٹاک" (Stock) نے خرگوش کے ورید میں درنی جراثیم کی تلقیح کر کے انہیں یہ حالت پیدا کی لیکن اس کے ساتھ ساتھ جسم ہدبی و مشیمی کا بھی التہاب پیدا ہو گیا، اس میں کوئی کلام نہیں ہے کہ ابتک ماہرین نے درنی جراثیم کو اس مرض کے پیدا کرنے کے متعلق جو اہمیت دی ہے اس سے کہیں زیادہ یہ جراثیم اس التہاب کی پیدائش میں اہمیت رکھتے ہیں، ہدبی مقام پر صلبیہ کے انتفاخ کی وجہ سے مقلہ عین تباہ ہو جاتا ہے جس کی وجہ سے بینائی خراب ہو جاتی ہے اور ہدبی و مشیمی التہاب پیدا ہو جاتا ہے۔ اس میں ثانوی طور پر زرق الماء بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ مذکورہ عوارض کے علاوہ صلبیہ کا التہاب ہمیشہ قرنیہ کے اندر تک پہونچ جاتا ہے اور قرنیہ بھی ملتہب ہو جاتا ہے۔ اسی وجہ سے قرنیہ کے محیطی حصہ میں صلبی گرہ کے نزدیک سفیدی پیدا ہو جاتی ہے، اس کی شکل مثلث نما یا زبان کے مانند ہوتی ہے جس کا گول ہدبی کنارہ قرنیہ کے مرکز کی طرف ہوتا ہے۔

قرنیہ میں اسی قسم کے دوسرے سفید رقبے بھی مرکز تک پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ رقبے خاکستری یا زردی مائل خاکستری ہوتے ہیں۔ رفتہ رفتہ زیادہ غیر شفاف ہو جاتے ہیں۔ یہاں تک کہ صلبیہ میں اور اس میں کوئی فرق نہیں معلوم ہوتا بلکہ اس کے مشابہ ہو جاتے ہیں جنینی حیثیت سے قرنیہ دراصل صلبیہ کا ایک خاص حصہ ہے یہی وجہ ہے کہ جب اس کے خلوی انسجہ میں تبدیلیاں ہوتی ہیں تو یہ صلبیہ کے ساتھ مشابہ ہو جاتا ہے۔ قرنیہ میں ان مقامات میں دموی عروق بہت کم ہوتے ہیں۔ قروح کبھی نہیں پیدا ہوتے۔ یہ سفید رقبے کسی حد تک صاف ہو جاتے ہیں مگر جن مقامات پر انسجہ بالکل تبدیل ہو جاتے ہیں وہاں پر ہمیشہ ہلکے سحابی کیفیت باقی رہتی ہے۔ ایسا بھی دیکھا گیا ہے کہ کبھی قرنیہ بالکل سفید ہو گیا ہے مگر اس حالت کے باوجود حدقہ عین کا حصہ صاف رہتا ہے۔

علاج۔ اس حالت کا علاج بھی وہی ہے جو صلبیہ کی سطحی ساختوں کے لتہاب کا ہے۔ ہم پہلے بھی بتا چکے ہیں کہ اگر درنی عدوی کا شبہ ہو تو درنین کی تلقیح کرنا چاہئے اس کے علاوہ ڈایونین اور نمکین سیال کی زیر ملتحمہ تلقیح کریں۔ مشیمی اور

ہڈبی عوارض کا علاج ایٹرڈبین سے کیا جائے۔

صلبیہ کے اندر آتشکی اورام صمغی عموماً نہیں پائے جاتے۔ گرجب پیدا ہوتے ہیں تو اُن کی تشخیص بظاہر معمولی التہاب سے نہیں ہوسکتی۔ ان کی موجودگی میں صلبیہ کے اندر مختلف حجم کی گرہیں قرنیہ کے محیطی کنارے کے نزدیک سے شروع ہوتی ہیں اور آنکھ کے استوائی حصہ تک بڑھتی جاتی ہیں بعض اوقات یہ گرہیں قرنیہ کے گرد حلقہ کی صورت اختیار کرتی ہیں صلبیہ کا صمغی ورم اندر کی طرف بڑھکر دوسری ساختوں کو ماؤف کرسکتا ہے۔ اور جسم ہدبی کا ورم صمغی باہر کی طرف بڑھ کر صلبیہ کو ماؤف کردیتا ہے اگر آتشک کا علاج جلد از جلد اور مستعدی کے ساتھ نہ کیا جائے تو آنکھ کے ضائع ہوجانے کا بڑا خطرہ رہتا ہے۔ کیونکہ طریق ہدبی ومشیمی کے عوارض اور مقام ہدبی پر انتفاخ صلبیہ یا ضمور عینین وغیرہ لاحق ہوجاتے ہیں۔ مریض کے حالات اور آتشکی علامات سے تشخیص ممکن ہوتی ہے۔ تاہم ان مریضوں کے خون کا تفاعل واسرمانیہ دیکھنا ضروری ہے۔

صلبیہ میں تدرنی التہاب صلبیہ کی صورت میں ظاہر ہوسکتا ہے۔ مگر یہ خیال رہے کہ ہمیشہ درنی عددی دوسری ساختوں سے بڑھ کر صلبیہ کو ماؤف کرتا ہے لیکن شاذونادر ابتدائی طور پر بھی صلبیہ میں درنی التہاب کی ابتدا ہوتی ہے۔ اس حالت میں گرہ درنے کی صورت اختیار کرتی ہے۔ جس کے اندر جبنی فساد پیدا ہونے کے بعد قرحہ بن جاتا ہے۔ گرہ کو کاٹ کر الگ کردینا چاہیے۔ اور اگر کاٹیں نہیں تو اُس کو کھرچ کر صاف کردیں۔ اور اس کے مواد کا خوردبینی معائنہ درنی جراثیم یا مخصوص ملتہب مقام کے حالات دریافت کرنے کے لئے کیا جائے۔

حلقہ دار التہاب صلبیہ
annular scleritis

ہم پہلے بیان کرچکے ہیں کہ یہ حالت صلبیہ کا معمولی التہاب ہے یا اس کے صمغی ورم کی حالت میں پیدا ہوسکتی ہے۔ کبھی یہ نہایت شدید حالت میں سن رسیدہ اشخاص میں پائی جاتی ہے۔ اس التہاب میں قرنیہ کے چاروں طرف چھلے ٹین کے مانند ورم پیدا ہوجاتا ہے جس کا رنگ بھورا سرخ ہوتا ہے اور اس ورم کا سلسلہ مقلہ عینی کے استوا تک جاتا ہے۔ اب تک اس کا کوئی علاج نہیں معلوم ہوسکا۔ اس کے بعض مریضوں میں تفاعل واسرمانیہ مثبت ہوتا ہے۔ اگر تفاعل واسرمانیہ مثبت ہو تو آتشک کا علاج قوی طور پر کیا جائے۔

قروح صلبیہ

صلبیہ میں باہر کی طرف اور اندر کی طرف بھی بہیں کرثانوی طور پر قروح پیدا ہوسکتے ہیں۔ باہر کی طرف سے ملتحمہ کے قروح درنی و آتشکی صلبیہ تک پہونچتے ہیں۔ اور اندر کی طرف سے جب کسی ملتہب ساخت سے صلبیہ میں قروح پیدا ہوں تو عنبیہ وجسم ہدبی سے ہوتے ہوئے صلبیہ تک پہونچتے ہیں۔ عنبیہ سے

درنی اور جسم ہدبی سے آتشکی قروح پیدا ہوتے ہیں بعض اوقات سلعات کی وجہ سے صلبیہ میں سوراخ ہو کر بھی قروح پیدا ہو جاتے ہیں ۔ جیسا کہ عنبیہ کے سلعات لحمیہ ۔ اور شبکیہ کا سلعہ لحمیہ مستدیر الخلیات کی صورت میں ہوتا ہے مگر مذکورہ تمام حالتیں بہت کم پائی جاتی ہیں ۔

نیلے رنگ کا صلبیہ
Blue sclerotics

بچوں میں صلبیہ کا رنگ نیلگوں ہوتا ہے ۔ اور بعض خاندانوں میں تمام افراد کے صلبیہ کی یہی حالت موروثی طور پر پائی جاتی ہے ۔ یہ عجیب بات ہے کہ ایسے مریضوں میں ایک بات اور بھی ہوا کرتی ہے وہ یہ کہ اُن کی ہڈیاں بہت زیادہ آسانی سے ٹوٹنے والی ہوتی ہیں ۔ یہ حالت مردوں اور عورتوں میں یکساں طور پر پائی جاتی ہے ۔ اور جو لوگ اس میں مبتلا ہوتے ہیں اُن سے اُن کے بچوں میں یہ حالت منتقل ہو سکتی ہے ۔ اس حالت کے کسی مریض میں دیکھا گیا ہے کہ اُس کے صلبیہ کی دبازت معمولی حالت کے مقابلہ میں ½ رہ گئی تھی ۔ اور اس کا طبقہ قرنیہ بھی پتلا ہو گیا تھا ۔ غشاء ربا ؤمینی اس میں سے غائب تھی ۔

امراض عنبیہ وجسم ہدبی

طریق عنبی ومشیمی Uvea تین چیزوں پر مشتمل ہے ۔ (الف) جسم ہدبی (ب) طبقہ عنبیہ (ج) طبقہ مشیمیہ انہی تینوں کے مجموعے کا نام طریق عنبی ومشیمی ہے لہذا آنکھ کے ان حصص کا التہاب مجموعی حیثیت سے التہاب طریق عنبی و مشیمی کہلائے گا ۔

عنبیہ وجسم ہدبی ۔ دونوں حصوں کا التہاب آپس میں اسقدر ایک دوسرے کو مستلزم ہے کہ ہر صورت میں جب عنبیہ ملتہب ہوتا ہے تو جسم ہدبی کا التہاب بھی ضرور پایا جاتا ہے ، علیٰ ہذا القیاس جب جسم ہدبی ملتہب ہوتا ہے تو عنبیہ بھی ضرور اس کے ساتھ مشارک مرض ہوا کرتا ہے ۔ ایسی صورت میں ان دونوں میں سے جو ساخت زیادہ ملتہب ہوتی ہے اُسی کے نام کے ساتھ مرض کو موسوم کیا جاتا ہے ۔ ان حصص کے عمومی التہاب کی صرف مزمن حالت پائی جاتی ہے مشیمیہ کے ملتہب ہونے کی صورت میں ماہرین اس کو التہاب مشیمیہ ہی کے نام سے موسوم کرتے ہیں مگر خیال غالب یہ ہے کہ اس کے ساتھ جسم ہدبی میں بھی کسی قدر التہاب ضرور پایا جاتا ہے تشخیص وعلاج معالجہ کے لئے ضروری ہے کہ ہم طریق عنبی ومشیمی کے ہر ایک حصہ کے التہاب کو علیحدہ علیحدہ ذکر کریں ۔

التہاب طبقہ عنبیہ
Iritis

عنبیہ کے التہاب اور اس کے خطرات کو کما حقہٗ سمجھنے کے لئے ضروری ہے کہ پہلے عنبیہ کے تشریحی نظام اور اس کے اندر مرضی تغیرات کے متعلق مکمل علم ہو، فی نفسہ عنبیہ عروق دموی اور غیر مخطط الیاف عضلی کا ایک مجموعہ ہے یا الیاف ایک قسم کی اسفنجی اساسی بافت میں پائے جاتے ہیں۔ طبقہ عنبیہ کا حدقی کنارہ ہر آن اپنی ساخت میں محدب عدسہ کے مقدم غلاف سے لگا رہتا ہے اور جس قدر زیادہ انقباض طبقہ عنبیہ میں ہوتا ہے اُسی قدر زیادہ اُس کی موخر سطح غلاف عدسہ سے متصل رہتی ہے۔ مگر جب عنبیہ مکمل انبساط کی حالت میں ہو تو عدسہ سے اُس کا اتصال بالکل نہیں ہوتا۔

عنبیہ کا التہاب بھی دوسرے انسجہ واصلہ کے التہاب سے مشابہ ہوتا ہے۔ التہابی صورت میں اس کے اندر بھی عروق دمویہ منبسط ہو جاتے ہیں اور شعری عروق کی دیواروں میں کسی حد تک نقصان پہونچ جاتا ہے۔ نسیجی تجاویف میں لمفادی رطوبت کا ترشح ہوتا ہے جس میں زلالی یا بیضیہ اجسام بہت زیادہ ہوتے ہیں۔ ان کے علاوہ ہجوم بیضاوات یا ہجوم کریات لمفاوی بھی اس کے اندر رونما ہوتا ہے۔ چونکہ عنبیہ کے اندر عروق دمویہ بہت زیادہ ہوتے ہیں اور اُن کا نظام بھی مخصوص ہوتا ہے نیز اس کی اساسی نسیجین اسفنجی ہوتی ہیں اس لئے التہابی عوارض سے خاص نتائج پیدا ہوتے ہیں مثلاً نتیجے کے طور پر احتقان دموی۔ حدقہ عین کے سکوڑنے کا باعث بنتا ہے۔ کیونکہ اس کے اندر عروق کی تنظیم شعاعی ہوتی ہے اس حالت کا تعلق کسی حد تک اسی پردے کے وظائف سے ہے۔ مرضی وجوہ سے بھی حدقہ عین بہت زیادہ منقبض ہو جاتا ہے۔

۱۔ عروق دمویہ کی زیادتی اور انسجہ کی اسفنجی ساخت کی وجہ سے ترشح بہت زیادہ ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے عنبیہ میں ورم بھی زیادہ پیدا ہو جاتا ہے۔

۲۔ عنبیہ کی سطح سے جو التہابی ترشح ہوتا ہے اُس میں اجسام بیضیہ کی زیادتی اُس کو گاڑھا بنا دیتی ہے یہ ترشح خزانہ مقدم کی رطوبت میں شامل ہو جاتا ہے اور غلظت کی وجہ سے اُس کا آنکھ سے باہر نکلنا مشکل ہوتا ہے۔

۳۔ عنبیہ کی اسفنجی ساخت میں رطوبت بھر جاتی ہے۔ اسی وجہ سے اس میں آسانی کے ساتھ حرکات نہیں ہو سکتیں اور یہی وجہ ہے کہ اسکے اندر طبعی ردعمل غائب یا بہت سست ہوتا ہے۔

۴۔ التہابی ترشح کے اندر محرش اجزا پائے جاتے ہیں جو خراش پیدا کرتے ہیں ان کی وجہ سے عصبی سروں میں تحریک پیدا ہوتی ہے اور عضلی الیاف سکڑ جاتے ہیں۔

۵- ہمیشہ جب انبساط و انقباض پیدا کرنے والے الیاف میں تحریک یکساں ہو تو انقباضی الیاف کا عمل انبساطی الیاف پر غالب آجاتا ہے اسی لئے حدقہ عین منقبض رہتا ہے۔

مذکورہ بالا بیان سے التہاب عنبیہ کی علامات کو سمجھنا آسان ہو گیا۔ حدقہ عین کا انقباض۔ احتقان دموی اور خراش کی بنا پر ہوتا ہے۔ عنبیہ کا حدقی کنارہ بیقاعدہ ہو جاتا ہے۔ حدقہ عین کا رد عمل سست رہتا ہے جس کے باعث وہ اسباب ہیں جو عضلی الیاف میں انقباض پیدا کرتے ہیں۔ اس کے علاوہ ترشح کی زیادتی بھی اس کی ممد ہوتی ہے ترشح کی زیادتی سے عنبیہ کی سطح میں تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس کی نازک سطح کا نقشہ صاف اور اس کے خطوط علیحدہ علیحدہ صاف صاف نظر آنے کے بجائے خراب اور بھدے نظر آتے ہیں۔ اسی وجہ سے اس حالت کو ہم گندلاپن کہتے ہیں۔

عنبیہ کا رنگ بھی بدل جاتا ہے۔ اس کے رنگ کی تبدیلی اس کے طبعی رنگ کی نوعیت پر منحصر ہوتی ہے سفید رنگ کے اشخاص جن کے عنبیہ میں تلوین کم ہوتی ہے ان کے نیلے عنبیہ کا رنگ ہلکا نیلا یا زردی مائل سبز ہو جاتا ہے۔ بھورے عنبیہ میں رنگ کے تغیرات کم نمایاں ہوتے ہیں تاہم اس کا رنگ خاکستری یا زردی مائل بھورا ہو جاتا ہے۔ معائنہ میں ضروری ہے کہ دونوں آنکھوں کے عنبیہ کا مقابلہ آپس میں کر کے دیکھا جائے۔ کیونکہ عنبیہ کا حاد التہاب عموماً صرف ایک آنکھ میں رونما ہوتا ہے۔

عنبیہ کے رنگ اور نقشے کی تبدیلی کی وجہ سے دموی احتقان صاف نہیں نظر آتا۔ کبھی یہ احتقان ہدبی احتقان کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے جس کو ہم قرنیہ کے محیطی صلبیہ میں بخوبی دیکھ سکتے ہیں۔ شدید التہاب جسم ہدبی میں یہ احتقان سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ مگر اس میں کسی حد تک ملتحمہ کے عروق دموی بھی حصہ لیتے ہیں۔ اس ہدبی احتقان کو پہچاننے میں غور و فکر سے کام لینے کی ضرورت ہوتی ہے (تشخیص فارقہ کے لئے ملتحی اور ہدبی احتقان ملاحظہ ہو) اگر موجودہ صورت میں ملتحی التہاب شریک نہ ہو تو صرف دمعی رطوبت خارج ہوتی ہے۔

عنبیہ کے اندر حسی اعصاب بہت زیادہ ہوتے ہیں۔ یہ اعصاب عصب جمجمی خامس کی شاخیں ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ عنبیہ کے حاد التہاب میں درد ایک نمایاں علامت ہے۔ یہ درد صرف آنکھ تک محدود نہیں رہتا بلکہ عصب خامس کی عینی شاخوں کے علاوہ دوسری شاخوں میں بھی پایا جاتا ہے پیشانی میں خصوصیت کے ساتھ اس درد کا احساس ہوتا ہے۔ پیشانی کے علاوہ جن حصوں میں عصب خامس کی فوق فکی یا فکی شاخیں پہنچتی ہیں اُن میں بھی درد محسوس ہوتا ہے

رخساروں۔ دانتوں اور ناک کی طرف بھی درد منتقل ہوتا ہے اور رات میں زیادہ شدید صورت اختیار کر لیتا ہے۔

التہابی ترشح آہستہ آہستہ خزانہ مقدم میں داخل ہو جاتا ہے۔ اور طبعی رطوبت مائی میں ملجاتا ہے۔ اگر جسم ہدبی میں التہاب زیادہ ہو تو مائی رطوبت کا اخراج ہوتا ہے جس میں خود بھی اجسام بیضیہ بہت زیادہ ہوتے ہیں۔ اس رطوبت کے اندر کریات بیضا بھی ہوتے ہیں اور اس کے علاوہ منجمد لحمی اجزا کے گالے نظر آتے ہیں صرف شدید حالت میں اس کے اندر لیفی جال پیدا ہو جاتا ہے۔ اسی لئے خزانہ مقدم گندلا ہو جاتا ہے۔ اور عنبیہ کو ہم اچھی طرح دیکھ نہیں سکتے۔ بعض اوقات اس کو ہم قرنیہ کی سحابی کیفیت سمجھکر غلط تشخیص کرتے ہیں۔ اس میں عام طور پر قرنیہ بالکل صاف ہوتا ہے۔ زیادہ شدت مرض کی صورت میں خصوصًا جبکہ التہاب ضرب وغیرہ کی وجہ سے رونما ہو تو اس کے اندر عفنی عددی شامل ہو جاتا ہے۔ اور کثیر تعداد میں کریات بیضا رکیثرت النواۃ خزانہ مقدم میں پہونچ جاتے ہیں۔ اور وہاں خزانہ مقدم کی زیریں سطح میں تہ نشین ہو جاتے ہیں جس کو ہم ارتشاح صدیدی (Hypopyon) کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔

عنبیہ کے بسیط التہاب کی صورت میں اس وقت تک یہ ارتشاح نہیں پایا جاتا جب تک کہ مقلہ میں سوراخ نہ ہو جائے۔ اس صورت میں خزانہ مقدم کے اندر شاذونادر حالات میں دموی ارتشاح بھی پایا جا سکتا ہے۔

رطوبت مائی کے غیر طبعی قوام کی وجہ سے قرنیہ کی موخر سطح کے بشرہ باطنہ کا تغذیہ خراب ہو جاتا ہے۔ خلیات میں التصاقی کیفیت (چپکاہٹ) پیدا ہو جاتی ہے۔ اور بعض بعض مقامات سے یہ الگ بھی ہو جاتے ہیں۔ ماؤف مقامات پر ترشح میں التصاقات پیدا ہو جاتے ہیں جس کی وجہ سے قرنیہ میں رسوب ظاہر ہوتے ہیں۔ یہ رسوب بسیط التہاب عنبیہ میں بہت کم ہوتے ہیں۔ مگر ہدبی التہاب میں نمایاں طور پر پائے جاتے ہیں۔ اور جس قدر زیادہ جسم ہدبی ملتہب ہو اُسی قدر زیادہ پائے جاتے ہیں۔ رطوبت مائی میں اجزا ربیضیہ جتنے زیادہ ہوں اس میں اتنا ہی زیادہ گاڑھاپن (غلظت) پیدا ہوتا ہے۔ اور قناۃ شلیم سے اس کا باہر کو خارج ہونا مشکل ہو جاتا ہے یعنی یہ رطوبت اندر کی اندر ہی رہ جاتی ہے جسکی وجہ سے توترعین بڑھ جاتا ہے۔ بسیط التہاب عنبیہ میں یہ توتر کوئی خاص اہمیت نہیں رکھتا۔ اور مختلف تشخیصی طریقوں سے اس کا پتہ بھی نہیں چلتا۔ مگر جب جسم ہدبی کا التہاب بہت زیادہ ہو تو مائی رطوبت کے اندر اجزا ربیضیہ بہت زیادہ بڑھ جاتے ہیں جسکی وجہ سے اس کا اخراج مشکل ہوتا ہے اور توترعین بڑھ جاتا ہے۔ اسی وجہ سے بینائی کے خراب ہونے کا خطرہ بہت رہتا ہے اس کی طرف معالجین کو فوراً توجہ کرنا چاہیئے۔

جو التہابی ترشحات جسم ہدبی و عنبیہ سے خارج ہوتے ہیں ظاہر ہے کہ ان ساختوں کے نزدیک بہت ہوتے ہیں۔ اسی لئے ان کی وجہ سے عنبیہ پر ہلکی تہ صفاقی پیدا ہو جاتی ہے۔ جو حدقہ عین کو بھی بھر دیتی ہے۔ گویا کہ اس کی وجہ سے بینائی کو سخت نقصان پہونچتا ہے۔ اس کے علاوہ بھی ترشحات عنبیہ کی مقعر سطح کو عدسی غلاف سے ملتصق کر دیتے ہیں جس کی وجہ سے مستقل طور پر عنبیہ اپنی جگہ پر قائم ہو جاتا ہے۔ اور حدقہ عین کی حرکات معدوم ہو جاتی ہیں۔ اگر ابتدائی درجات ہی میں بعض کی آنکھ میں ایٹروپین کا استعمال شروع کر دیا جائے تو حدقہ عین پھیل جاتا ہے۔ یہ ضرور ہے کہ ایسی حالت میں حدقہ عین کا انبساط اسقدر جلد نہیں ہوتا جتنا جلد کہ طبعی حالت میں ہوا کرتا ہے۔ کیونکہ اسفنجی ساخت میں ترشحات کے بھر جانے کی وجہ سے اس کی حرکات میں نمایاں تغیر ہو جاتا ہے۔ اگر ہم مسلسل طریقہ پر ایٹروپین استعمال کرتے رہیں تو ممکن ہے کہ غلاف عدسی سے عنبیہ کا التصاق ٹوٹ جائے اور پھر مکمل طور پر حدقہ عین پھیل سکے۔

التہابی ترشحات چونکہ بہت جلد نسیجہ میں تبدیل ہو جاتے ہیں، التہاب عنبیہ میں اور اس سے کم التہاب جسم ہدبی میں یہ تبدیلی خصوصیت کے ساتھ جلد ہوتی ہے اسی لئے اس کو ہم التہاب کون Plastic inflammation کہتے ہیں اگر التہابی ترشحات کو ایٹروپین ڈال کر نہ توڑا جائے تو یہ الیاف میں بہت جلد تبدیل ہوتے ہیں۔ پھر اسوقت ایٹروپین انکو ہرگز نہیں توڑ سکتی۔ اگر یہ صورت پیدا ہو گئی ہو تو اس کو ہم موخر الصاق عنبی Posterior synechie کہتے ہیں۔ اس صورت میں اگر آنکھ کے اندر ایٹروپین ڈالی جائے تو حدقہ عین کے صرف وہ حصص پھیلتے ہیں جنمیں الصاق نہیں ہوا ہوتا۔ ایسو جہ سے حدقہ کی ہئیت بے قاعدہ ہوتی ہے۔ گویا کہ بے قاعدہ حدقہ عین کسی سابق التہاب کی علامت ہو سکتا ہے۔ اگر ان صورتوں میں کوئی باسط حدقہ دوا نہ بھی ڈالی جائے تو بھی حدقہ عین بے قاعدہ سا نظر آتا ہے جس کی وجہ وہی ہے جو بیان کی جا چکی۔

تشخیص کے لئے آنکھ میں، ہوم ایٹروپین، ڈالنا چاہئے۔ حدقہ کے پھیلنے پر صحیح حالت کا اندازہ ہو جائے گا۔ ترشح جب الیاف میں تبدیل ہو جاتا ہے اور یہ الیاف عنبیہ کی سطح پر سکڑتے ہیں تو حدقہ عین پر عنبیہ کے نیچے سے رنگین بشرہ لوٹ کر اوپر کو آجاتا ہے۔ ابتدائی مدارج میں عنبیہ کی موخر سطح کا الصاق عدسے کے ساتھ نیچے کے حصے میں پیدا ہوتا ہے۔ کیونکہ قانون ثقل کے ماتحت ترشحات نیچے کو پہونچ جاتے ہیں۔

عنبیہ کے التہاب کون کی شدید حالتوں میں یا بار بار لوٹنے والے التہاب کی صورت میں ممکن ہے کہ حدقہ عین

بتمامہ محدب عدسہ کے مقدم غلاف سے ملتصق ہو جائے اگر یہ صورت رونما ہو تو اس کو ہم حلقہ نما التصاق کہتے ہیں یہ حالت آنکھ کے واسطے بہت زیادہ خطرناک ہوتی ہے اسی طرح وہ حالتیں جن میں ابتداء سے ایٹروپین نہیں استعمال کی جاتی اُن میں بھی حدقی حصہ کا ترشح نسیجوں میں تبدیل ہو کر یہی التصاقی



شکل نمبر

حدقہ عین بند دکھایا گیا ہے اس میں عنبیہ سامنے کو پھول جاتا ہے اس کو آئرس بمبے بھی کہتے ہیں۔

حالت پیدا کر دیتا ہے۔ ایسی صورت میں حدقہ کے اندر ایک سفید جھلی سی معلوم ہوتی ہے۔ اس حالت کو اصطلاح میں انسداد حدقی Occlusio pupilloe کہتے ہیں۔ اس صورت میں عنبیہ کا محیطی حصہ بہت پیچھے ہٹ جاتا ہے جس کی وجہ سے خزانہ مقدم کی گہرائی محیط میں بڑھ جاتی ہے اور بعض اوقات مرکزی حصہ سے بھی زیادہ گہرا ہو جاتا ہے۔ عام طور پر عنبیہ کے التہاب کو ہم شدید ملتحمی التہاب یا حاد زرق الماء سمجھکر غلطی کر جاتے ہیں لیکن مذکورہ امور کو اگر بخوبی ذہن نشین کرلیں تو اُس کی تشخیص آسانی سے ہو سکتی ہے۔ التہاب عنبیہ کو زرق الماء سمجھ لینا اسقدر فحش غلطی ہے کہ اُس کی تلافی ممکن نہیں۔ کیونکہ دونوں امراض کا علاج ایک دوسرے کے متضاد ہے۔ التہاب عنبیہ میں حدقہ عین کے انبساط کی ضرورت ہوتی ہے اور حدقہ عین کا انبساط زرق الماء کے مریض کی بینائی کو ہمیشہ کے لئے خیرباد کہنے کا مترادف ہے۔ لہذا ذیل میں ہم ان دونوں کی تشخیص فارقہ کے متعلق چند باتیں نمبروار تحریر کرتے ہیں۔

التہاب عنبیہ	زرق الماء
۱- تو تر عین کبھی اتنا نہیں بڑھتا کہ محسوس ہو سکے۔ مگر جب اس کے ساتھ التہاب جسم ہدبی بھی موجود ہو تو اسوقت تو تر عین کی زیادتی احساس کی حد تک پہونچ جاتی ہے۔	ہمیشہ تو تر عین زیادہ ہوتا ہے اور بڑھتا رہتا ہے۔ بالآخر آنکھ پتھر کی طرح سخت ہو جاتی ہے۔
۲- حدقہ عین تنگ ہوتا ہے اور بے قاعدہ پایا جاتا ہے۔	حدقہ عین پھیلا ہوا بیضوی شکل کا ہوتا ہے اور اُس کا عمودی قطر بڑا ہوتا ہے۔
۳- بینائی میں کمی ہو جاتی ہے گو نہایت خفیف۔	بینائی بہت زیادہ خراب ہو جاتی ہے اور آخری درجہ میں بالکل زائل ہو جاتی ہے۔

التهاب عنبیہ

۴ - درد ہوتا ہے مگر اسقدر شدید نہیں ہوتا جتنا کہ زرق الماء میں

زرق الماء

حاد زرق الماء میں درد شدید ہوتا ہے اور یکایک شروع ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ قے کا ہونا بھی ممکن ہے۔

پہلی دو علامتیں مرئی ہیں۔ بسا اوقات ایسے مریض ملتے ہیں کہ جن میں تجربہ کار معالج بھی دھوکا کھا جاتے ہیں مندرجہ ذیل طریقہ سے ہم بآسانی اس کی تشخیص کر سکتے ہیں، ہوم ایٹروپین محلول جس کی طاقت ۲ فی صدی ہو آنکھ میں ڈالا جائے اگر التہاب عنبیہ ہوگا تو حدقہ عین کی بے قاعدگیاں ظاہر ہوں گی اور موخر سطح کے التصاق کی وجہ سے اس کی شکل مخصوص ہوگی اگر زرق الماء ہوگا تو پتلی نہایت آہستہ آہستہ سستی کے ساتھ پھیلے گی۔ اور باقاعدہ ہوگی۔ باسط حدقہ دوا ڈالنے سے تو تر عین بڑھ جاتا ہے۔ اگر اس طریقہ پر زرق الماء کی تشخیص کریں تو فوراً ایک فیصدی کا ایسرین محلول آنکھ میں ڈال کر ہوم ایٹروپین کے عمل کو باطل کر دیں تشخیصی ضرورتوں میں ایٹروپین کا استعمال مناسب نہیں ہے کیونکہ اس کا عمل ایسرین سے نہیں باطل ہوتا۔ مذکورہ امتحان میں اگر معلوم ہو کہ زرق الماء موجود ہے تو فوراً عمل جراحی کے ذریعہ عنبیہ کا ایک حصہ کاٹ کر علیحدہ کر دیں۔

التہاب عنبیہ کی احساسی علامات کو ہم مکرر یاد دلاتے ہیں۔

(۱) درد عصبی ہوتا ہے۔ جو آنکھ کے علاوہ پیشانی میں بھی پایا جاتا ہے۔

(۲) بینائی میں کمی ہو جاتی ہے کیونکہ خزانہ مقدم گندلا ہو جاتا ہے اور حدقہ عین میں ترشح مجتمع رہتا ہے۔

مرئی علامات حسب ذیل ہوتی ہیں۔

(۱) حدقہ تنگ اور منقبض ہوتا ہے اور اس کی شکل بے قاعدہ ہوتی ہے۔

(۲) باسط حدقہ دوا ڈالنے سے موخر التصاق کا پتہ چلتا ہے۔

عنبیہ کی موخر سطح کے التصاق کو عدسہ کے غلاف سے چھوڑانے کے لئے اگر شروع ہی سے ایٹروپین ڈالی جائے تو زیادہ مناسب ہے۔ ایسا کرنے سے حدقہ عین باقاعدہ رہ سکتا ہے اگر کمزور التصاق کو ایٹروپین ڈال کر توڑ دیا جائے تو مقام ماؤف پر ایک نقطہ کی شکل قائم رہ جاتی ہے اور یہ نقاط حدقہ عین کے پھیلنے پر عدسی غلاف کی مقدم سطح پر دکھائی دیتے ہیں یہ سفید بھی ہو سکتے ہیں اور رنگین بھی۔ ان میں سفیدی لمف کے انجماد سے پیدا ہوتی ہے۔ اور رنگ اسوقت پیدا ہوتا ہے جبکہ

ایڈرو پین کے اثر سے التصاق کو توڑا جائے۔ عموماً عنبیہ کے رنگین بشرے کا حصہ اُس مقام پر لگا رہتا ہے۔ یہ نشانات ہمیشہ باقی رہتے ہیں۔ اور گزشتہ التہاب کا پتہ دیتے ہیں۔

ہم یہ پہلے بتا چکے ہیں کہ عنبیہ کی پشت پر عنبیہ کے ساتھ شبکیہ کا رنگین بشرہ مضبوطی کے ساتھ قائم رہتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ التصاقات کے ٹوٹنے کے بعد کچھ حصہ رنگین بشرہ کا لمف کے ساتھ جما ہوا اغلاف عدسی پر باقی رہ جاتا ہے۔

عنبیہ گندلا ہوتا ہے۔ اُس کا نقشہ صاف نہیں نظر آتا۔ احتقان دموی خاص طور پر قرنیہ کے محیطی صلبیہ کے حصہ میں پایا جاتا ہے۔ خزانہ مقدم میں ترشحات ہو کر اُس کو گندلا کر دیتے ہیں۔ اور حدقی رقبہ و عنبیہ کے اوپر تہ کی صورت میں جم جاتے ہیں۔ مذکورہ باتیں التہاب عنبیہ کی خاص علامتیں ہیں۔

عنبیہ کے التہاب کا دور اُس کی شدت کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ معمولی شدید التہاب ۳ یا ۴ ہفتہ میں زائل ہو جاتا ہے۔ اگر ایٹروپین کے ڈالنے پر اُس کا ردعمل تیز اور زوردار ہو تو اُس کو ایک اچھی علامت سمجھنا چاہیے۔ کیونکہ شدید التہابی حالتوں میں مریض کے حدقہ پر اس کا اثر بالکل نہیں ہوتا۔ یا بہت ہی خفیف ہوتا ہے اگر حدقہ بہت پوری طرح پھیل جائے تو اس کا اثر آنکھ پر بہتر ہوتا ہے اور درد و احتقان دوری میں کمی آجاتی ہے۔

مزمن حالتوں میں جسم ہدبی زیادہ ماؤف ہوتا ہے۔ گویا کہ مزمن حالت میں عنبیہ کے ساتھ ہدبیہ کا بھی التہاب پایا جاتا ہے۔ مگر اس میں التہابی علامتیں کم ہوتی ہیں۔ بینائی مسلسل طور پر کم ہوتی رہتی ہے۔ اور سالہا سال تک یہی سلسلہ جاری رہتا ہے۔

التہاب عنبیہ و ہدبیہ کی مخصوص علامت یہ ہے کہ یہ التہاب بار بار عود کرتا ہے۔ جس کی وجہ صرف التصاقی حالت نہیں بلکہ مرض کے عمومی اسباب بھی ہیں جو جسم کے اندر موجود رہتے ہیں ہر مرتبہ عود کرنے والا التہاب پہلی حالت سے کم شدید ہوتا ہے۔ مگر اپنا کچھ نہ کچھ اثر باقی چھوڑتا ہے۔ اور بینائی کم ہوتی جاتی ہے۔

اگر التہاب عنبیہ کی حالت کا علاج شروع ہی میں کیا جائے تو عنبیہ بہت جلد اپنی اصل حالت پر آجاتا ہے۔ ترشحات جذب ہو جاتے ہیں اور التصاقات ٹوٹ جاتے ہیں۔ ان التصاقات کے نشانات بھی اسقدر خفیف ہوتے ہیں کہ ان کے باوجود بینائی قائم رہتی ہے۔ اور اگر جلد اس کا مناسب علاج نہ شروع کیا جائے تو معمولی حالتوں میں بھی نہایت خراب نتائج نکلتے ہیں اور شدید حالتوں میں تو علاج کے باوجود بھی بہتری کی کوئی امید نہیں ہوتی۔ اس کی زیادہ تر وجہ یہ ہوا کرتی ہے کہ معالج کے

پاس مریض اُسوقت آتا ہے جب کہ ایٹروپین کے استعمال سے نتائج کے ترتیب کا وقت گزر جاتا ہے۔ لہذا جہاں تک ہو سکے ایٹروپین کا استعمال جلد شروع کرنا چاہیئے تاکہ حدقہ عین کے درمیان لمفاوی ترشح منجمد نہ ہو سکے اور عنبیہ کی موخر سطح غلاف عدسہ کے ساتھ ملتصق نہ ہو جائے۔ جب غلطی سے معالجین اس کا استعمال جلد شروع نہیں کرتے تو مذکورہ دونوں صورتیں پیدا ہو جاتی ہیں۔

اس مرض کے برے نتائج میں سے عنبیہ کا حلقہ نما التصاق بھی ہے۔ اگر اس کو مناسب تدابیر سے توڑ نہ دیا جائے تو زرق الماء کا خاص سبب بنتا ہے جس کی وجہ سے بینائی بالکل ضائع ہو جاتی ہے۔ اس حلقہ نما التصاق کی وجہ سے زوائد ہدبیہ سے مترشح ہونے والی مائی رطوبت خزانہ موخر سے خزانہ مقدم کے اندر نہیں پہونچتی۔ بلکہ خزانہ موخر ہی میں مجتمع ہوتی رہتی ہے جس کی وجہ سے طبقہ عنبیہ پھول کر خزانہ مقدم میں ابھر آتا ہے۔ اس حالت کو ہم انتفاخ عنبیہ Iris bombe کہتے ہیں۔ اسوقت اگر خزانہ مقدم کو سامنے کی طرف سے دیکھا جائے تو یہ قیف کے مانند دکھائی دیتا ہے یعنی مرکز میں گہرا اور محیطی حصہ اُتھلا ہوتا ہے۔ چونکہ طبقہ عنبیہ۔ قرنیہ اور صلبیہ سے ملتصق ہو جاتا ہے۔ اس لئے ارتشاحی زاویہ مسدود ہو جاتا ہے۔ اور اسی وجہ سے مائی رطوبت آنکھ کے اندر جمع ہوتی رہتی ہے اور توتر عین بڑھ جاتا ہے۔ حدقہ عین کے اندر لمفاوی ترشحات جم کر ایک جھلی سی بنا دیتے ہیں جس سے حدقہ عین کا سوراخ بند ہو جاتا ہے اس جھلی سے روشنی کے راستے میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے اور بینائی بالکل خراب ہو جاتی ہے۔ ان حالات کے ساتھ ساتھ جسم ہدبی کا مکون التہاب بھی موجود ہوتا ہے۔ اسی لئے آنکھ کی بینائی ہمیشہ کے لئے ناقابل تلافی طور پر ضائع ہو جاتی ہے۔ عنبیہ کا التہاب بار بار عود کرنے کی وجہ سے ضمور عین لاحق ہوتا ہے۔ ضمور کی وجہ سے عنبیہ کا رنگ خراب اور خاکستری ہو جاتا ہے۔ اس رنگ کی مشابہت جاذب یا فیلٹ (Felt) کپڑے کے ساتھ ہوتی ہے۔ منبسط عروق دموی کے مقامات پر مستقل طور پر سرخی نظر آتی ہے۔ اور چونکہ یہ عروق دموی نئے پیدا شدہ ہوتے ہیں اس لئے شعاعی حیثیت نہیں رکھتے۔ مذکورہ خرابیوں کے علاوہ عنبیہ کا حدقی کنارہ باریک ہو جاتا ہے اور اس کے اندکا سات بھی کم ہو جاتے ہیں۔

التہاب عنبیہ کے اقسام

(۱) ابتدائی التہاب عنبیہ۔ (Primary iritis)

(۲) ثانوی التہاب عنبیہ۔ (Secondry)

ابتدائی التہاب عنبیہ عمومی سوءِ مزاج کی وجہ سے رونما ہوتا ہے۔ آتشک اس کا سب سے بڑا سبب ہے اس کے علاوہ سوزاک۔ تدرن۔ ذیابیطس وغیرہ کی وجہ سے بھی پیدا ہوتا ہے۔

بعض ماہرین نے نقرس اور حاد طفحات جلد (Acute exanthemata) کو بھی اس کا سبب قرار دیا ہے۔ رمد کے ساتھ مشارکت کے طور پر التہاب عنبیہ ہمیشہ پایا جاتا ہے۔

آتشکی التہاب عنبیہ (Syphilitic iritis) آتشکی التہاب عنبیہ کی دو قسمیں ہیں۔ ایک بسیط التہاب عنبیہ جو آتشک کے دوسرے درجہ میں ظاہر ہوتا ہے۔ یعنی طفحات جلدی کے بعد۔ آتشک کا عدوی جسم میں داخل ہونے کے پہلے ہی سال میں یہ مرض لاحق ہوتا ہے مگر ابتدائی عدوی کے بعد تین مہینے سے قبل نہیں ظاہر ہوتا۔ بعض اوقات اس مرض میں کوئی خصوصیت نہیں ہوتی۔ کبھی اس مرض میں عنبیہ پر آتشکی گرہیں نمودار ہو جاتی ہیں۔ جن کا ذکر بعد میں کیا جائیگا۔ آتشکی التہاب دو سے آٹھ ہفتہ تک رہتا ہے۔ اور دوبارہ عود نہیں کرتا۔ گویا کہ اعادہ کے لحاظ سے یہ نقرسی التہاب سے مختلف ہوتا ہے۔

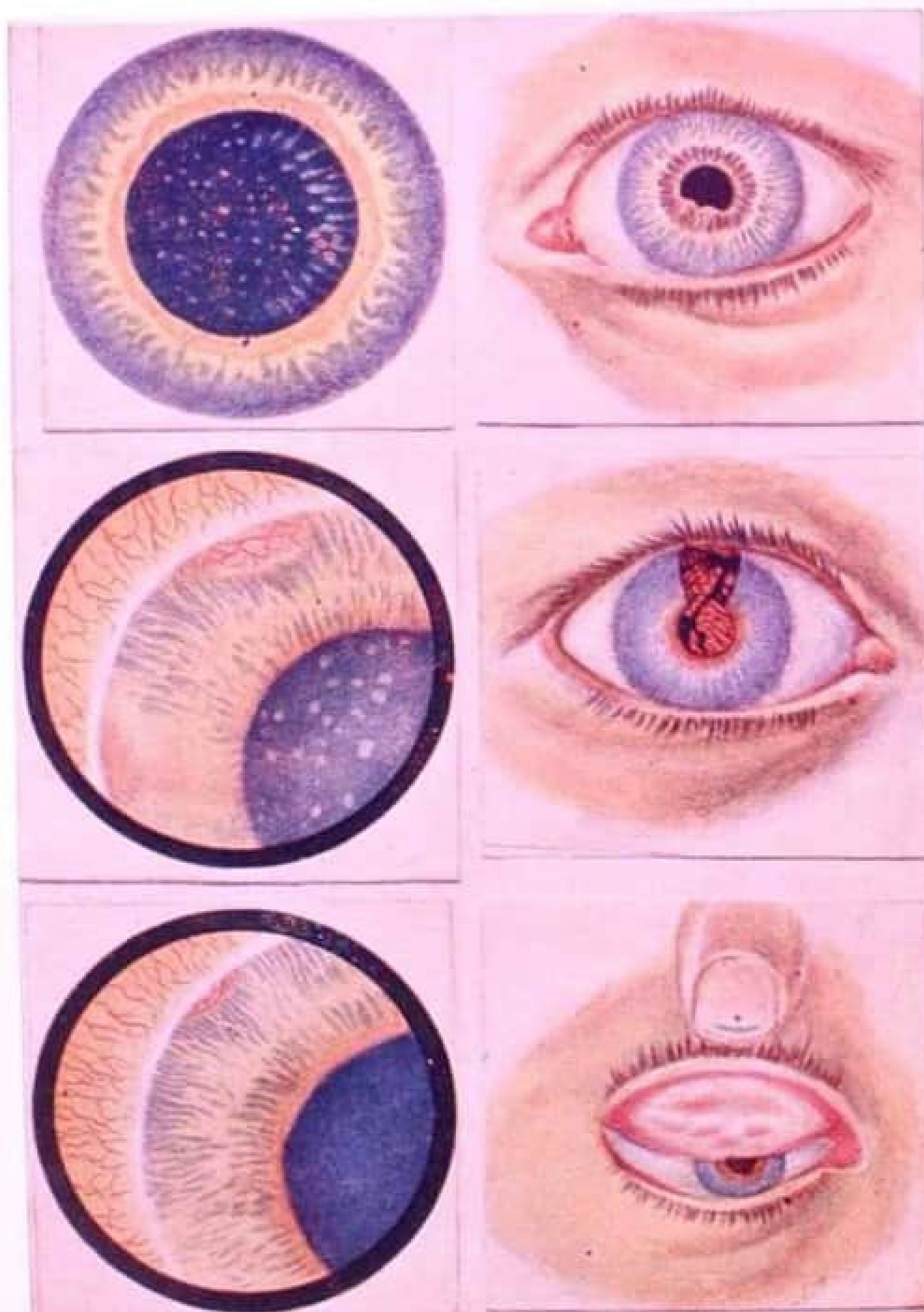
آتشک کے مریض ۳ - ۴ فی صدی اس مرض میں مبتلا ہوتے ہیں۔ اور التہاب عنبیہ کے مریضوں میں سے ۲۵ فی صدی سے لے کر ۳۰ فیصدی تک ان کے التہاب عنبیہ کا ذمہ دار مرض آتشک ہی ہے۔ یہ مرض صرف ایک آنکھ میں ہوا کرتا ہے لیکن جلد یا دیر میں دوسری آنکھ بھی ماؤف ہو جاتی ہے۔ آتشک کے علاوہ دوسرے اسباب سے جو مریض التہاب عنبیہ میں مبتلا ہوتے ہیں اُن کے ۱۰ فی صدی میں یہ مرض ایک آنکھ میں لاحق ہوتا ہے۔ یہ التہاب مردوں میں زیادہ۔ عورتوں میں کم لاحق ہوا کرتا ہے اور تمام مریضوں کی مجموعی تعداد میں سے ⅔ کی عمر ۲۰ - ۴۰ سال کے درمیان ہوتی ہے۔ اس کی تشخیص کے واسطے تفاعل واسرمانیہ بہت ضروری ہے۔ خزانہ مقدم کا امتحان کرنے پر اس میں حلزونہ آتشکی پائے جاتے ہیں۔ خلقی آتشک کے مریضوں میں قرنیہ کے خلی التہاب کے ساتھ بھی عنبیہ کا بسیط التہاب مکون دیکھا گیا ہے۔ یہ التہاب خلقی آتشک والے خورد سال بچوں میں پیدا ہوتا ہے۔ مگر یہ ضروری نہیں کہ انہیں قرنوی عوارض بھی موجود ہوں۔ عنبیہ پر بڑی بڑی گرہیں اورام صمغی کی صورت میں نمودار ہو جاتی ہیں۔ چھوٹے بچوں میں چوٹ کی وجہ سے بھی عنبیہ کا التہاب پیدا ہو جاتا ہے بعض اوقات پیدائش کے بعد فوراً دیکھا جاتا ہے جس کے متعلق ماہرین کا خیال ہے کہ دوران حمل میں اس کی ابتدا ہوتی ہے۔ عام طور پر بچوں میں ۵ سے ۶ ماہ تک اس کی ابتدا ہوا کرتی ہے۔

چھوٹی لڑکیوں میں چھوٹے بچوں سے زیادہ اور نصف بچوں میں صرف آنکھ کے اندر لاحق ہوتا ہے۔

اکتسابی آتشک کے مریضوں میں ثانوی درجہ کے آخر میں عنبیہ کا التہاب پیدا ہوتا ہے۔ شاذ و نادر تیسرے درجہ میں بھی پیدا ہوتے ہوئے دیکھا گیا ہے۔ ان مریضوں میں حدقی اور محیطی کنارے کے نزدیک زردی مائل سرخ گرہیں نمودار ہو جاتی ہیں۔ مگر درمیانی مقامات پر یہ بالکل نہیں ہوتیں۔ یہ گرہیں تعداد میں ایک سے زیادہ ہوتی ہیں اور ان کا حجم آلپین کے سرے کے برابر اور اس سے بڑا بھی ہوتا ہے۔ ماہرین اس حالت کو ورم ثؤلولی حول الشرج سے تشبیہ دیتے ہیں۔ گویا کہ یہ تکلیفیں ہر درجہ میں پیدا ہو سکتی ہیں۔ اگر ثانوی درجہ میں ظاہر ہوں تو اُن کو ورم ثؤلولی حول الشرج اور تیسرے درجہ میں ظاہر ہوں تو اُن کو اورام صمغی (Gumma) کہتے ہیں۔ مگر ان کے مختلف ناموں کے متعلق ہمارے پاس کوئی معقول وجہ نہیں ہے لہذا بہتر ہے کہ ہم سب اقسام کا نام اورام صمغی ہی رکھیں۔

عنبیہ کے صمغی اورام میں ترشح بہت زیادہ ہوتا ہے۔ اور چوڑے چوڑے رقبوں کی صورت میں الصاق پیدا ہو جاتا ہے آتشکی گرہوں کو غلطی سے درنہ بھی تشخیص کیا جاتا ہے۔ اور بعض اوقات یہ گرہیں سلعات معلوم ہوتی ہیں۔ لہذا یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ سلعہ کی حالت میں عنبیہ پر صرف ایک گرہ نمودار ہوتی ہے اور اس کے ساتھ التہاب عنبیہ بالکل نہیں پایا جاتا کبھی یہ گرہ عنبیہ سے تجاوز کر کے قرنوی وصلبی جار اتصال پر پیدا ہوتی ہے جس کی وجہ سے آنکھ کے اندر سوراخ ہو جاتا ہے اگر اس التہاب سے پہلے عنبیہ کے اندر دوسرے عوارض پیدا ہو چکے ہوں تو اُن مقامات پر عنبیہ کی اساسی نسیجوں سے رنگ کم ہو جاتا ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ نسیجیں کھنچ کر تن جاتی ہیں۔ عنبیہ کے ہدبی رقبہ میں خصوصاً حویصلات کے نزدیک سفید نشانات آتشک کے ابتدائی درجہ میں بغیر کسی عنبی التہاب کے ظاہر ہو جاتے ہیں۔ آتشکی فساد کی وجہ سے عروق دموی کے غلاف دبیز ہو جاتے ہیں۔ جس سے یہ عروق سفید لکیر معلوم ہونے لگتے ہیں۔ عنبیہ کے عضلی الیاف کا ضمور ریشہ الیاف میں خصوصیت کے ساتھ پیدا ہو کر حدقی کنارے پر ضموری رقبوں کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے یہ آتشک کی بڑی دلیل ہے۔

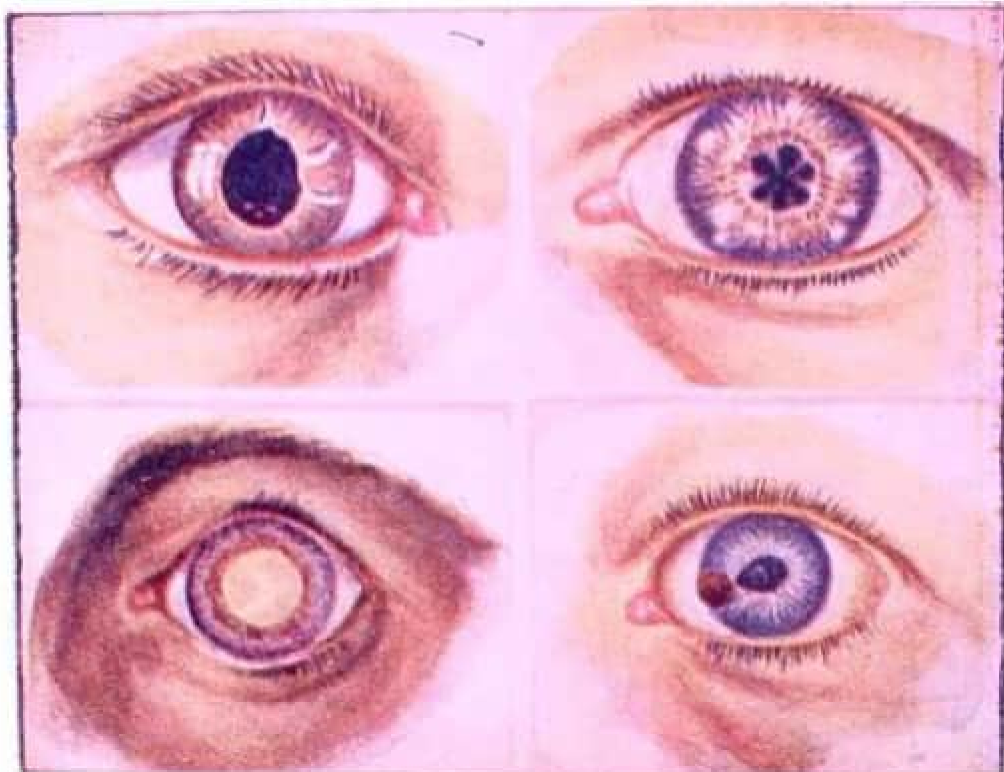
آتشکی التہاب عنبیہ میں بینائی کا زیادہ حصہ ہمیشہ ضائع ہو جاتا ہے۔ اورام صمغی کی حالت میں جب بینائی خراب ہو تو انذار مرض خراب ہوتا ہے یعنی بینائی کا واپس آنا ممکن نہیں ہوتا۔ آتشک کے مریضوں میں جب التہاب عنبیہ رونما ہو تو اس کا مطلب یہ ہے کہ مرض شدید ہے۔ ماہرین کا خیال ہے کہ جن مریضوں میں التہاب عنبیہ پایا جائے اُن میں عصبی آتشک



(۱) عقدہ آتشکی جوکہ حدقی کنارے کے نزدیک عنبیہ کے دائرہ صغیرہ پر واقع ہے (۲) قرنیہ کی موخر سطح پر رسوبی نقاط (۳) موتیا بند کے آپریشن میں قطع عنبیہ کے بعد غلاف کو توڑ کر عدسہ کو خارج کیا جاتا ہے اس میں کچھ حصہ غلاف کا رہ گیا ہے غلافی حصہ سیاہ ہے اور باقی روشن نظر آتا ہے (۴) زائس کی خوردبین سے معائنہ کرنے میں قرنیہ کی موخر سطح پر رسوبی نقاط اور عنبیہ پر آتشکی عقد ابھار کی صورت میں نظر آتے ہیں (۵) رمد حبیبی کا آخری درجہ جس میں حبیبات کے اچھا ہو جانے کے بعد لیفی ندبی ساخت بن گئی ہے (۶) زائس کی خوردبین سے معائنہ کرنے میں عنبیہ کے اوپر آتشکی عقدہ نظر آتا ہے۔

پلیٹ نمبر ۸

تصویر ۱۲۵/۳ — متعلق صفحہ ۳۳۹ و ۳۸۳ و ۳۹۷ — کتاب العین



(۱) عنبیہ کا تدرن ۔

(۲) چوٹ کی وجہ سے عنبیہ شق ہوگیا ہے ۔

(۳) قرنیہ میں سوراخ ہوجانے کے بعد ایک دانہ کی صورت میں عنبیہ نکل آیا ہے ۔

(۴) عدسہ بالکل غیر شفاف ہونے کی وجہ سے زرد دکھائی دیتا ہے ۔

شدید طور پر رونما ہوتے ہیں۔

سوزاکی التہاب عنبیہ (Gonorrhoeal iritis) التہاب سوزاکی بھی بہت زیادہ دیکھنے میں آتا ہے۔ جن مریضوں کے مفاصل میں سوزاکی التہاب ہو اُن میں خصوصیت کے ساتھ پایا جاتا ہے کبھی یہ التہاب۔ مفاصل کے التہاب کے شروع ہوتا ہے۔ خصوصاً جبکہ مفصل رکبی ماؤف ہو چکا ہو۔ خاص علامت اس کی کوئی نہیں ہوتی۔ مزمن سوزاک یا ورم مفاصل کی حالت میں بار بار عود کرتا ہے۔ یہ امر متیقن ہے کہ اس کے جراثیم دوران خون کے ذریعہ عنبیہ میں پہونچکر التہاب کا باعث بنتے ہیں تقریباً ہمیشہ مردوں میں پایا جاتا ہے۔ دونوں آنکھیں ماؤف ہوا کرتی ہیں۔ حالانکہ دونوں ایک وقت میں ماؤف نہیں ہوتیں۔ زجاجیہ کے اندر اگر غیر شفاف گالے اڑتے ہوئے نظر آویں یا ایک جگہہ پر قائم ہوں تو اُس کا مطلب یہ ہے کہ مرض جسم ہدبی تک پہونچ چکا ہے۔ مشیمیہ تک اس مرض میں شاذونادر ہی نوبت پہونچتی ہے۔ بعض اوقات التہابی نضح جو خزانہ مقدم میں ہوتا ہے وہ جیلی سے مشابہت رکھتا ہے۔

التہاب عنبیہ رثیہ (Rheumatic iritis) التہاب عنبیہ والے مریضوں میں اگر سوزاک یا آتشک کا پتہ نہ مل سکے اور ان کے خون کا واسرمانیہ تفاعل بھی منفی ہو تو وجع مفاصل کے متعلق تحقیق کرنا چاہیے۔ مریض بیان کرتا ہے کہ اُس کے عضلات و مفاصل میں درد رہ چکا ہے جس کے ساتھ بخار بھی آتا تھا۔ ورم مفاصل کے ساتھ التہاب عنبیہ بہت ہی کم پایا جاتا ہے۔ ان مریضوں میں بعض اوقات نقرس کا مرض ضرور ہوتا ہے۔ ہم کو اب تک ان امراض کا تعلق التہاب عنبیہ کے ساتھ مکمل طور پر معلوم نہیں ہو سکا ممکن ہے کہ وجع مفاصل اور التہاب عنبیہ دونوں جسم کے اندر کسی عفنی مرکز (مثلاً مثانہ، ناک، امعاء وغیرہ) سے سمیت کے انجذاب سے پیدا ہوتے ہوں، ان حالتوں میں التہاب کمون پایا جاتا ہے جو متوسط درجہ کی شدت رکھتا ہے۔ عموماً دونوں آنکھوں میں ہوتا ہے اور اس کا اعادہ مفاصل کے درد کے ساتھ تعلق رکھتا ہے۔ اس کے ساتھ ساتھ ملتحمہ اور صلبیہ کی سطحی نسیجوں میں دموی احتقان پایا جاتا ہے۔

سن رسیدہ اشخاص میں التہاب عنبیہ نقرس کی وجہ سے ہوتا ہے۔ ان میں نقرسی درد عموماً رات کو یکا یک شروع ہوتا ہے بعض اوقات اس سے حاد نقرس کی ابتدا ہوتی ہے۔

ذبطیسی التہاب عنبیہ (Diabetic iritis) ذیابطیس کی وجہ سے عنبیہ کا التہاب بہت کم پایا جاتا ہے ہمارے خیال میں اس التہاب کی وجہ بھی نقرس ہے۔ فرق اس میں اور اول الذکر میں صرف اتنا ہے کہ اس کے مریضوں کو

ذیابیطس بھی لاحق ہوتا ہے۔اس حالت میں عنبیہ کے اندر نئے اور بڑے بڑے عروق دموی پیدا ہو جاتے ہیں۔ترشح کی وجہ سے سطح پر بہت جلد جھلی سی بن جاتی ہے۔کبھی کبھی خزانہ مقدم میں صدیدی ارتشاح پایا جاتا ہے۔عموماً اس کا درد بہت شدید نہیں ہوتا۔

درنی التہاب عنبیہ۔ (Tuberculous iritis) تدرن عمومی اور خصوصی دونوں صورتوں میں ملتا ہے۔ تدرن عمومی کی حالت میں عنبیہ پر زردی مائل سفید گرہ یا دانہ پیدا ہوتا ہے جس کے اردگرد چاروں طرف چھوٹی چھوٹی گرہیں پائی جاتی ہیں۔آتشکی ظواہر کی طرح درنی گرہیں بھی حدقی یا ہدبی کنارے پر پیدا ہوتی ہیں۔ابتدا میں گرہیں بہت چھوٹی۔خاکستری رنگ کی نیم شفاف ہوتی ہیں۔قرنیہ کی موخر سطح پر سوبی نقاط پائے جاتے ہیں۔جو اس امر کی خبر دیتے ہیں کہ جسم ہدبی ماؤف ہو چکا ہے۔التہابی مکوب (Conglomerate) حالت میں ایک بڑا زردی مائل سفید درنہ ہوتا ہے جس کے گرد کبھی چھوٹے چھوٹے دوسرے درنے موجود ہوتے ہیں اور کبھی نہیں بھی ہوتے۔ان گرہوں میں کرات عظیمہ پائے جاتے ہیں۔

ان گرہوں کی صورت میں عنبیہ میں اتنا التہاب نہیں پایا جاتا جتنا کہ آتشکی اورام صمغی کی موجودگی میں ملتا ہے تاہم عنبیہ ملتہب ضرور ہوتا ہے۔غلطی سے اس حالت کو ہم اورام صمغی یا سلعہ خبیثہ سمجھ سکتے ہیں۔مگر مریض کے حالات اور تفاعل واسرمانیہ کے منفی ہونے سے آتشک کا شبہہ رفع ہو جاتا ہے۔سلعہ سے اس کی تشخیص اس طرح ممکن ہے کہ اس میں ایک گرہ کے گرد چھوٹی چھوٹی اور گرہیں بھی ہوتی ہیں۔اور ان گرہوں کے اوپر عروق دموی بالکل نہیں ہوتے۔اس کے علاوہ مریض کی عمر اور عنبی التہاب کا موجود ہونا اس امر کی خاص دلیل ہیں کہ یہ سلعہ نہیں۔سلعہ لحمیہ خبیثہ عنبیہ پر بہت ہی شاذ و نادر صورتوں میں دیکھنے میں آتا ہے۔

عنبیہ کے مکوب درنی التہاب میں قرنیہ وصلبیہ خزانہ مقدم کے زاویہ کے اوپر ماؤف ہوتا ہے۔اور اس مقام پر انکی نسیجیں پتلی پڑ جاتی ہیں۔دوسرے الفاظ میں اس کا مطلب یہ ہے کہ اس مقام پر مقلہ مین کمزور ہو جاتا ہے۔اور تو ترمین کے دباؤ کو برداشت نہیں کر سکتا جس کی وجہ سے باہر کو ابھر آتا ہے اور آخر میں اس کے اندر سوراخ ہو جاتا ہے۔درنی ساخت سوراخ سے باہر نکل آتی ہیں۔اس طرح عنبیہ کا ایک بڑا حصہ باہر کو نکلا ہوا دکھائی دیتا ہے۔بالآخر آنکھ ضائع ہو جاتی ہے جن مریضوں میں اس کی تشخیص میں کوئی شبہ ہو ان میں خان پرکیٹ کا ردعمل پیدا کر کے دیکھنا چاہئے۔اس کا مثبت تفاعل

ہت بچوں میں اہمیت رکھتا ہے۔ اگر تفاعل منفی ہو تو اس کا مطلب ہمیشہ یہ ہوتا ہے کہ یہ مرض نہیں ہے۔

مصلی التہاب عنبیہ (Serous iritis) التہاب عنبیہ جس میں صرف مصلی ترشح ہوتا ہے۔

(ثانوی التہاب عنبیہ کا ذکر آگے آئیگا)

علاج ۔ علاج کا اصل الاصول تکمید اور حدقہ عین کا انبساط ہے۔ تکمید کے لئے بورک ایسڈ اور انبساط حدقہ کے لئے ایٹروپین محلول استعمال کریں۔ ایٹروپین سے مندرجہ ذیل فوائد ہو سکتے ہیں۔

(۱) عنبیہ و جسم ہدبی کو آرام ملتا ہے۔

(۲) احتقان دموی کم ہو جاتا ہے۔

(۳) موخر التصاقات ٹوٹ جاتے ہیں اور عنبیہ موخر التصاق سے محفوظ رہتا ہے۔ اس کے علاوہ ایٹروپین کا استعمال تازہ التصاق نہیں پیدا ہونے دیتا۔ ایٹروپین کو ایک فی صدی طاقت کے محلول یا مرہم کی صورت میں استعمال کیا جاتا ہے۔ مندرجہ ذیل وجوہ سے اس کے مرہم کا استعمال زیادہ مناسب ہے۔

(۱) ایٹروپین مرہم کا اثر بہت دیر تک قائم رہتا ہے۔

(۲) اس کا لگانا آسان ہے کیونکہ جفنی کناروں میں لگ جانے سے بھی آنکھ کے اندر تک پہونچ جاتا ہے۔

(۳) مرہم کے استعمال سے سمی علامات کے پیدا ہونے کا کم خطرہ رہتا ہے۔ بچوں میں ایٹروپین محلول کے استعمال سے سمی علامات کے رونما ہونے کا زیادہ ڈر ہوتا ہے۔

ایٹروپین کے استعمال سے ظاہر ہونے والی سمی علامتیں۔

(۱) گلے میں خشکی کا احساس (۲) چہرے پر سرخی کا نمودار ہونا (۳) ہذیان وغیرہ۔

ناتجربہ کار لوگوں کے ہاتھ سے اس کے محلول کے استعمال سے یہ کیفیتیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ یہ دوا انقاط دمعی وغیرہ سے گذرتی ہوئی ناک اور حلق میں پہونچتی ہے مگر اس کی اتنی مقدار کبھی مہلک نہیں ثابت ہوتی۔ عینی التہاب کے ابتدائی مدارج میں ایٹروپین کو خوب استعمال کرنا چاہیے۔ اسکے محلول کی طاقت کبھی نہ بڑھائیں بلکہ مقررہ طاقت (ایک فیصدی) کا محلول متعدد بار استعمال کریں۔ عموماً ہر ۴ گھنٹہ کے بعد اس کو آنکھ میں ڈالنا مناسب ہے۔ جب حدقہ عین خوب پھیل جائے تو دن میں تین مرتبہ اس کے محلول کو آنکھ میں ڈالنا کافی ہوتا ہے۔ اگر اس کے استعمال سے خراش پیدا ہونا شروع ہو تو اس کے بجائے

ہائوسین Hyoscin یاڈوبایوسین Duboisin ہکوپولامین Scopolamin استعمال کریں۔ مگران دواؤں کے ساتھ ۵ سے ۱۰ فی صدی طاقت کا ڈایونین (Dionin) محلول بھی استعمال کرنا ضروری ہے۔

گرم ٹکید سے مریض کو بہت آرام ملتا ہے۔ کیونکہ اس سے درد بند ہوجاتا ہے۔ دموی اور لمفاوی دوران میں تیزی آجاتی ہے۔ لہذا گرم بورک محلول سے آنکھ کو دھوئیں۔ آنکھ بند کرکے اجفان کی سطح پر خشک گرمی پہونچانے سے بھی یہی فائدہ حاصل ہوتا ہے۔ اس مقصد کے لئے گرم لنٹ (روئی کا پھل یا نامہ) یا گرم بوتل وغیرہ کا انتظام مناسب ہے شدید حالتوں میں یا جب اٹیروپین کا کوئی اثر حدقہ عین پر نہ ہوتا ہو تو اس وقت کنپٹی پر جونک لگوانے سے بہت فائدہ پہونچتا ہے۔ مگر یہ خیال رہے کہ بیرونی حقیم عینی سے ذراہٹ کر جونکیں لگوائی جائیں۔ آنکھ سے زیادہ دور جونکوں کے لگوانے کا بھی کوئی فائدہ نہوگا۔ لہذا نہ بہت زیادہ دور کا مقام اس کے واسطے تجویز کیا جائے اور نہ بہت نزدیک کا۔ کیونکہ زیادہ نزدیک جونک لگانے سے اجفان بہت زیادہ متہیج ہوجاتی ہیں۔ اگر درد شدید ہو تو زیر جلدی تلقیح کے ذریعہ جوہر افیون (Morphia) استعمال کیا جائے۔ اسپرین کے استعمال سے بھی درد میں فوری افاقہ ہوجاتا ہے۔

عمومی علاج۔ سب سے پہلے تیز مسہل دیں۔ حاد اور شدید مدارج میں قبض بالکل نہ ہونے دیں۔ اسی طریقہ پر چند دنوں کے بعد مسہل دوائیں استعمال کراتے رہیں۔ اس کے علاوہ عمومی علاج کا انحصار مرضی اسباب پر ہے۔ اگر مرض آتشکی ہو تو جسقدر جلد ممکن ہو سکے مریض کو پارہ کے اثرات کے ماتحت لے آویں۔ اس مقصد میں عضلی تلقیحات اور جسم پر پارہ کے مرکبات کی مالش سے خاص طور پر کام لیں محلول سیمابی (پرکلورائڈ محلول) کی وریدی تلقیح سے بھی تکالیف میں بہت جلد کمی ہوجاتی ہے نیوسلورسان۔ سلفٹ آرسینال۔ وغیرہ وریدی تلقیح کے ذریعہ استعمال کرائی جائیں۔ یہ دوائیں ثانوی التہاب عنبیہ کے لئے بہترین ہیں۔ اورام صمغیہ میں بھی ان سے فائدہ پہونچتا ہے مگر اس صورت میں ان کے ساتھ ایوڈائیڈ کا استعمال ضروری ہے یہ خیال رہے کہ ایوڈائیڈ کا استعمال پارے کے ساتھ ہرگز نہ کیا جائے۔ بچوں میں حاد التہاب عنبیہ کی حالت پارے کے استعمال سے بہت جلد بہتر ہوجاتی ہے۔ مگر خلقی آتشک میں اس سے اچھے نتائج مترتب نہیں ہوتے۔ لہذا اس کے ساتھ عمومی صحت کو بہتر بنانے کے لئے دوسری تدابیر بھی اختیار کی جائیں تو زیادہ مناسب ہے۔ سوزاکی التہاب عنبیہ میں سوزاکی ویکسین کی تلقیحات سے بہت فائدہ پہونچتا ہے۔

اگر عنبیہ کے التہاب کا کوئی سبب معلوم نہ ہو سکے یا جب وجع مفاصل کی شکایت بھی موجود ہو تو ایسی صورت میں

سیلے سلیش اور اُس کے دوسرے مرکبات کو خوب استعمال کرائیں۔ یہ دوائیں صرف اسی حالت میں نہیں بلکہ ذیابیطسی التہاب عنبیہ اور سوزاکی التہاب عنبیہ میں بھی مفید ثابت ہوتی ہیں مذکورہ دواؤں کے استعمال کے علاوہ جسم میں عفنی مراکز کی خاص طور پر تلاش کی جائے۔

مرض کے رفع ہو جانے کے بعد دھوئیں کے رنگ کی عینک لگائیں تاکہ روشنی میں چوند کی وجہ سے ردعمل پیدا ہو کر آنکھ میں تکلیف نہ بڑھ جائے۔ صحت ہو جانے کے کچھ روز بعد (۱۰ - ۱۵ دن) تک ایٹروپین آنکھ میں ڈالتے رہیں ورنہ دوبارہ مرض کے اعادہ کا خطرہ ہے۔

عنبیہ کے درنی التہاب کے لئے مقامی علاج بعینہٖ وہی ہے جو دوسرے التہاب کا۔ اس میں بھی جسمانی صحت کو بہتر بنانے کی اُن جملہ تدابیر پر عمل کیا جائے۔ جو درنی امراض میں اختیار کی جاتی ہیں بعض ماہرین کو اس کے علاج میں درنین جدید کی تلقیح سے مکمل کامیابی حاصل ہوئی ہے۔ اگر یہ استعمال کی جائے تو اُس کی خوراک نہایت خفیف ہونی چاہئے۔ ورنہ شدید ردعمل سے آنکھ کو سخت نقصان پہونچنے کا اندیشہ ہے۔ پھر اس کی خوراک کو آیندہ چل کر نہایت آہستہ آہستہ بڑھانا چاہئے بعض ماہرین کا خیال ہے کہ التہاب عنبیہ جسم کے اندر درنی عدوی کا سب سے پہلا مظہر ہے۔ لہذا ان کے خیال کے مطابق اسکی تشخیص کے بعد فوراً ہی ماؤف آنکھ کو نکال دینا چاہئے۔ ورنہ دوسرے مقامات میں تعدی ہو کر موت تک نوبت پہونچے گی۔

ہمارے خیال میں جب آنکھ کے اندر سوراخ ہو کر درنی نسیجیں باہر نکل آئی ہوں تو ان کو نکال دینا ہی مناسب ہے مگر جب مرض اسقدر زیادہ نہ ہو تو مقامی و عمومی علاج کے ساتھ درنین جدید کی تلقیحات عرصہ تک استعمال کرانے سے ازالۂ مرض ممکن ہے۔

التہاب عنبیہ کے عوارض و نتائج کا علاج۔ یہ دیکھا گیا ہے کہ عنبیہ کی موخر سطح کے التصاق کو توڑنے کے لئے اگر ایٹروپین کا سفوف خفیف مقدار میں آنکھ کے اندر رکھ دیا جائے تو اُس کا اثر نہایت سریع ہوتا ہے۔ اور التصاقات بہت جلد ٹوٹ جاتے ہیں۔ مگر ایٹروپین آنکھ میں ڈالکر نقاط دمعی کو خوب بند رکھنا چاہئے۔ ورنہ ایٹروپین ناک اور حلق میں جذب ہو کر پہونچے گی۔ اس طرح اس کے سمی اثرات کے پیدا ہونے کا اندیشہ ہے۔ نقاط دمعی پر یہ دباؤ زیادہ دیر تک قائم رکھیں۔ حلقہ نما التصاق کی صورت میں جہانتک ہو سکے جلد عنبیہ کا ایک ٹکڑا کاٹ کر علیحدہ کر دیں۔ اور خزانہ مقدم و موخر کے درمیان تعلق پیدا کر دیں۔ تاکہ ثانوی زرق الماء نہ پیدا ہو سکے بعض اوقات عنبیہ کے اندر چوڑی سوئی کے ذریعہ صرف ایک

سوراخ کر دینا ہی کافی ہوتا ہے مگر اس تدبیر کو حاد حالت میں ہر گز نہ اختیار کریں۔ اور نہ التہابی حالت میں اس پر عمل کریں ورنہ جراحت کی وجہ سے جو التہاب رونما ہوگا وہ دوبارہ اس سوراخ کو لمفاوی ترشح سے بند کر دے گا۔ اس کے علاوہ ممکن ہے کہ اس صورت میں اس عمل سے آنکھ ضائع ہو جائے۔

بعض اوقات عنبیہ کے چاروں طرف اس حلقہ نما التصاق کے پیدا ہونے سے پہلے ہی عمل جراحی کر دینا مناسب ہوتا ہے۔ کیونکہ چاروں طرف التصاقی حالت پیدا ہونے کے واسطے ضروری ہے کہ التہاب بار بار عود کرے۔ لہذا جب التہابی کیفیت موجود نہ ہو تو جرحی عمل کے ذریعہ عنبیہ کے ایک حصہ کو کاٹ کر علیحدہ کر دیں اس عمل کو ہم اصطلاحی طور پر قطع عنبیہ (عنبی کٹاؤ) یا کشط عنبی کہتے ہیں۔ ایسا کرنے سے آیندہ کے لئے تکلیفات کا سدباب ہو جاتا ہے۔ عنبی کٹاؤ کے بعد عموماً مصنوعی سوراخ عمدہ نہیں بنتا۔ کیونکہ عنبیہ ضمور کی وجہ سے بہت لطیف ہو جاتا ہے اور موخر التصاق کی وجہ سے کھینچ کر کاٹنے پر اس کے اندر انشقاق پیدا ہو جاتا ہے جس کی وجہ سے سوراخ بے قاعدہ اور خراب بنتا ہے۔ اس خرابی کے علاوہ آنکھ میں نزف الدم لاحق ہوتا ہے۔ اور خزانہ مقدم کے اندر سے یہ نزفی خون جذب ہونے میں معمول سے زیادہ وقت لیتا ہے۔ مگر اس کے باوجود عنبیہ کے بار بار لوٹنے والے التہاب میں فائدہ ضرور ہوتا ہے۔ جب تک دوسری تمام تدابیر بیکار نہ ثابت ہو جائیں اس وقت تک اس جرحی عمل کو نہ کرنا چاہیے۔ جب قرنیہ کی موخر سطح پر رسوبی نقاط موجود ہوں تو اس صورت میں بھی قطع عنبیہ کا عمل جرحی کرنا مناسب نہیں۔ جب عدسہ کی مقدم سطح کے ساتھ کلی التصاق عنبیہ رونما ہو جائے تو یہ عمل جرحی بیکار رہتا ہے۔ اور اس وقت قطع عنبیہ کا عمل ممکن نہیں ہوتا۔ اسوقت عدسہ کے اخراج کے لئے خاص طریقہ اختیار کرنا پڑتا ہے۔ اس کو اور قطع عنبیہ کے عمل کو جرحی عملیات کے سلسلہ میں بیان کیا جائے گا۔

قطع عنبیہ (Iridectomy) یا شق عنبیہ Iridotomy صرف اُس وقت یہ عمل ممکن ہوتا ہے جب کہ عدسہ جلیدیہ اس کے پیچھے سکڑ چکا ہو۔

التہاب جسم ہدبی۔ (Cylitis) عنبیہ کے التہاب کے ساتھ جسم ہدبی کے التہاب کا ذکر بھی ضروری ہے۔ اسکے قبل ہم اس کی طرف اشارہ بھی کر چکے ہیں جسم ہدبی سے التہابی ترشحات مترشح ہو کر بلا واسطہ خزانہ مقدم کے اس حصہ میں پہونچتے ہیں جہاں جسم ہدبی گویا کہ خزانہ مقدم کی حدود میں شامل ہے۔ ان التہابی ترشحات کے علاوہ خزانہ موخر سے ہی حدقہ بین میں سے رطوبت گذر کر خزانہ مقدم میں آپہونچتی ہے۔ جب یہ ترشحات التہاب کمون کی حالت میں انسجہ میں تبدیل ہو جائیں

تو الصاق موخر کلی رونما ہوتا ہے۔ اور اسی کے ساتھ ساتھ عدسہ کے پیچھے رطوبت زجاجیہ میں بھی یہ ترشحات پہونچکر مختلف حالتیں پیدا کرتے ہیں۔ عدسہ کے پیچھے ان کی وجہ سے ایک جھلی بن جاتی ہے جس کو غشا ہدبی کہتے ہیں۔ رطوبت زجاجیہ کے اندر لمبے لمبے ریشے دار ساخت کے حزمے نظر آتے ہیں۔ یہ حزمے شبکیہ تک پہونچتے ہیں اور اُس سے ملحق ہوجاتے ہیں۔ اسی وجہ سے بعد میں جب یہ سکڑتے ہیں تو شبکیہ جابجا اپنی اساسی بافتوں سے الگ ہوکر اوپر کو اُٹھ آتا ہے جسم ہدبی پر یہ ترشحات منجمد ہوکر ساختوں میں تبدیل ہوجاتے ہیں اور زوائد ہدبیہ کو تباہ و برباد کردیتے ہیں۔ اُن کی وجہ سے رطوبت کے پیدا ہونے کے بعد خزانہ مقدم میں اس کا داخلہ مشکل ہوجاتا ہے یا رطوبت کا پیدا ہونا ہی بڑی حد تک کم یا بالکل بند ہوجاتا ہے۔ جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ توتر عین کم ہوجاتا ہے اور آنکھ بالکل نرم ہوجاتی ہے۔ مقلہ عین کی دیواریں چاروں طرف سے ڈھیلی ہوجاتی ہیں۔ اور طبعی حالت سے آنکھ بہت زیادہ سکڑجاتی ہے۔ اگر اس حالت کا نام ضمور العین رکھا جائے تو بہت مناسب ہوگا اس کے بعد آنکھ کے اندر مختلف قسم کے فسادات شروع ہوتے ہیں جن کی وجہ سے مہینوں اور کبھی برسوں میں طبقۂ مشیمیہ ہڈی میں تبدیل ہوجاتا ہے۔

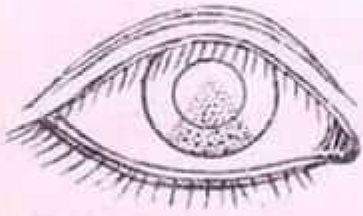
مزمن التہاب ہدبی و عینی　**Chronic irido-cyclitis**

جسم ہدبی کا بسیط التہاب } **Simple-cyclitis**
Serous iritis (اس کو ہم التہاب عینی مصلی بھی کہہ سکتے ہیں)

یہ مرض نہایت مخفی طریقہ پر بڑھتا ہے۔ گویا کہ مزمن قسم کا التہاب ہوتا ہے جس میں بینائی کم ہوجاتی ہے۔ اسکے علاوہ بقیہ علامتیں اس کی نہایت خفیف ہوتی ہیں شدید حالتوں میں ہدبی احتقان پایا جاتا ہے۔ اور ہدبی رقبہ پر دباؤ ڈالنے سے درد ہوتا ہے۔ اس کے معلوم کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ آنکھ کو بند کرکے اوپر سے محیط قرنیہ کے حصّہ کو دبایا جائے۔ خزانہ مقدم کی گہرائی طبعی حالت سے بڑھ جاتی ہے۔ قرنیہ کی موخر سطح پر رسوبی نقاط پیدا ہوجاتے ہیں۔ جلیدیہ کے اندر سحابی کیفیت پیدا ہوجاتی ہے جو راکھ کے رنگ کی ہوتی ہے۔ عنبیہ کی موخر سطح میں نمایاں طور پر التصاق نہیں پایا جاتا مگر آہستہ آہستہ خفی طریقہ پر التصاقات پیدا ہوتے رہتے ہیں۔ شروع میں تو توتر عین کسی قدر بڑھ جاتا ہے۔ مگر بعد میں کم ہوجاتا ہے۔ بالائی جفن میں ہتیج رونما ہوتا ہے۔ آنکھ اور حاجبین (بھوں) میں عصبی درد ہوتا ہے۔ کبھی قصر بصر کی شکایت پیدا ہوجاتی ہے جس کا سبب یہ ہے کہ عضلہ ہدبیہ میں تحریک ہوتی ہو اور وہ منقبض ہوجاتا ہے۔

قرنیہ کے رسوبی نقاط ۔ خزانہ مقدم کے لمفادی کریات بیضا قرنیہ کی موخر سطح پر رسوب کے طریقہ پر بیٹھ جاتے ہیں اور وہیں پر قائم ہو جاتے ہیں ۔ اگر ان میں رنگین صبغات موجود ہوں تو اس کا مطلب یہ ہے کہ یہ خلیات طریق ہدبی و عنبی سے یہاں حاصل ہوئے ہیں ۔

عموماً یہ رسوبی نقاط قرنیہ کی موخر سطح کے زیرین حصے میں ملتے ہیں ۔ ان میں سے چھوٹے چھوٹے نقاط اوپر اور بڑے نیچے ہوتے ہیں ۔ یہ ترتیب قانون ثقل کے ماتحت پیدا ہوتی ہے ۔ اس کے علاوہ دوسری وجہ اس کی یہ بھی ہے کہ آنکھ اپنے افقی محور پر ہمیشہ حرکت کرتی رہتی ہے ۔ یہ کچھ ضروری نہیں ہے کہ ان کی مثلثی ترتیب ہر حالت میں پائی جائے ، ہو سکتا ہے کہ قرنیہ کے زیرین حصہ میں یہ رسوبی نقاط بے قاعدہ طریقہ پر پھیلے ہوئے ہوں ۔ ان کو نہایت غور سے دیکھنا چاہئے ۔ کیونکہ تشخیص مرض میں ان کو بڑی اہمیت حاصل ہے ۔



شکل نمبر ۱۲۶

نقاطی التہاب قرنیہ میں قرنیہ کی موخر سطح پر ان نقاط کا مخصوص نظام ہے ۔

بعض اوقات کئی چھوٹے چھوٹے نقطے ملکر ایک بڑا رقبہ بنا لیتے ہیں ۔ اور چند بڑے نقطے ملکر نیم شفاف رقبہ کی صورت پیدا کرتے ہیں ۔ مگر اس کی حدود بالکل صاف ہوتی ہیں اس کو ہم قرنیہ کی غیر شفاف سحابی کیفیت سے پہچان سکتے ہیں کیونکہ اس سحابی کیفیت کے رقبے اپنی حدود میں بالکل صاف نہیں دکھائی دیتے بلکہ آہستہ آہستہ دوسری قرنوی نسیجوں میں غائب ہو جاتے ہیں ۔

اگر مریض کا عنبیہ بھورا ہو تو اس کے اندر تلوین بھی موجود ہوتی ہے ۔ نیلے اور دوسرے رنگ کے عنبیہ میں بھی یہ رسوبی نقاط رنگین نظر آتے ہیں بشرطیکہ یہ التہاب عرصہ تک قائم رہے ۔ گویا کہ ان نقاط کا رنگین ہونا کسی حد تک التہابی حدت پر دلالت کرتا ہے ۔ یہ تلوین عموماً ہمیشہ قائم رہتی ہے شاذ و نادر ہی غائب ہوتی ہے یہی رنگ بعض اوقات عدسہ کی مقدم سطح پر دیکھا جاتا ہے ۔ مگر اس جگہ لمفادی کریات آسانی سے نہیں چپک سکتے ۔ کیونکہ عدسہ کی سطح نہایت صاف ہوتی ہے ۔ اور اس کے اوپر بشرہ باطنہ بھی نہیں ہوتا ۔

زجاجیہ کے اندر بھی غیر شفاف سحابی رقبے دکھائی دیتے ہیں ۔ سیلانی کریات بیضا کے علاوہ التہابی ترشح کے باریک

ذرات بھی اس کے اندر تیرتے پھرتے ہیں۔ زجاجیہ کے اندران ذرات کی حرکات کا مطلب یہ ہے کہ اس کے قوام میں کچھ فرق آگیا ہے۔ کبھی اس میں اس حد تک تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں کہ زجاجیہ میں نئی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس کا اصل سبب زجاجیہ کے تغذیہ کی خرابی ہے۔

خزانہ مقدم کی گہرائی ایک اہم علامت ضرور ہے مگر اُس کی وجہ کیا ہوتی ہے اس کے متعلق ہم ابھی کچھ نہیں کہہ سکتے۔

نہایت خفیف درجہ کے عینی وہدبی التہاب میں علامات مرئی وحسی بہت خفیف ہوتی ہیں جو نہ ہونے کے برابر ہیں اگر کسی مریض کی بینائی بغیر کسی سبب ظاہری کے کم ہو جائے تو اس کے قرنیہ کا معائنہ غور سے کرنا چاہئے۔ اس مقصد کے لئے اگر تنویر موربی سے کام لیں تو قرنوی لوپ سے بھی مدد لیکر فیصلہ کریں۔ کہ قرنیہ کی مؤخر سطح پر رسوبی نقاط تو موجود نہیں ہیں۔ اگر یہ نقاط موجود ہوں تو التہاب ہدبی ضرور ہے۔ جب التہاب ہدبی موجود ہو تو بینائی کا کم ہونا بھی لازم امر ہے تمور عینی کی وجہ سے اس کا رنگ تبدیل ہو جاتا ہے بعض اوقات بظاہر صرف یہی ایک علامت ہوتی ہے جس کی وجہ سے بینائی کی کمی کو ہم التہاب ہدبی کی طرف منسوب کرتے ہیں اور اسی بنا پر معائنہ سے اطمینان حاصل کرتے ہیں۔

عنبیہ کے بسیط التہاب کی طرح مزمن التہاب عینی وہدبی بھی ان ہی حالات کے ماتحت پیدا ہوتا ہے۔ عورتوں میں مردوں کی بہ نسبت زیادہ پایا جاتا ہے آتشک وتدرن بھی اس کا سبب ہو سکتے ہیں۔ چونکہ ہمیشہ مختلف قسم کی سمیں یا جراثیم سے پیدا ہوتا ہے اس لئے مذکورہ دونوں امراض کے علاوہ بھی جسم کے اندر عفنی مرکز کو تلاش کرنا چاہئے عموماً التہاب لثہ اس کا باعث ہوتا ہے بعض اوقات انف یا اُس سے متعلق تجاویف میں اور عورتوں میں اندام نہانی کے اندر عفنی مراکز کی موجودگی ہوا کرتی ہے۔ جن مریضوں کے جسم میں کہیں پر کوئی عفنی مرکز کا پتہ نہ چلے اُن کی عام جسمانی صحت خراب ہوتی ہے وہ مزمن قبض میں مبتلا ہوتے ہیں۔ ہمارا خیال ہے کہ ان مریضوں میں سمیت کا انجذاب امعاء ہی سے ہوتا ہے۔

اس میں شک نہیں کہ اپنی جگہہ سے باہر خزانہ مقدم کی رطوبت کے نکلنے کے ساتھ اس کا تعلق ہوتا ہے۔ شاید اس کی وجہ یہ ہو کہ اس رطوبت کے اندر چونکہ اجزاء بیضیہ موجود ہوتے ہیں اس لئے اس کا اخراج باہر کو بہت کم ہوتا ہے۔ جس کی وجہ سے تو تر عین بڑھ جاتا ہے۔ خزانہ مقدم کا محیطی حصہ زیادہ گہرا ہو جاتا ہے یہاں تک کہ بعض اوقات اس کی گہرائی مرکزی حصہ کے اعتبار سے بھی زیادہ ہو جاتی ہے۔ مگر یہ حالت ملتصق التہاب ہدبی کے بعد کے مدارج میں زیادہ نمایاں ہوتی ہے جس کا سبب یہ ہے کہ عنبیہ کے مؤخر سطح پر التہابی ترشح نسیجوں میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ پھر یہ نسیجیں سکڑتی ہیں اور اپنے ساتھ

عنبیہ کو پیچھے کی طرف کھینچ لیتی ہیں۔

شدید یا دیر تک قائم رہنے والی حالتوں میں قرنیہ کے گہرے پرت کے اندر بھی التہابی ترشح پایا جاتا ہے اور یہ حالت درنی التہاب میں مخصوص طور پر دیکھی جاتی ہے اس کے علاوہ ان صورتوں میں عنبیہ پر چھوٹی چھوٹی خاکستری رنگ کی گرہیں بھی ملتی ہیں۔ معائنہ کے وقت ان کو دیکھنا بہت ضروری ہے۔ کیونکہ ان کی موجودگی میں درنی تشخیص مکمل ہوجاتی ہے۔ ان کے معائنہ کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ آنکھ کو قرنوی خوردبین کے ذریعہ دیکھا جائے۔ یہ ہمیشہ یاد رہے کہ ان حالتوں میں انذار مرض کبھی تشفی بخش نہیں ہوتا۔

یہ مرض مخفی طریقہ پر ترقی پذیر رہا کرتا ہے۔ جیسا کہ پہلے بھی بیان کیا گیا ہے۔ مگر کبھی کبھی اس میں تکلیف دہ علامتیں بھی پیدا ہوجایا کرتی ہیں۔ عنبیہ کی موخر سطح اور عدسہ کے درمیان التصاق ہوجاتا ہے۔ جب یہ التہاب زیادہ شدید ہو تو اس وقت بینائی میں زیادہ کمی آجاتی ہے۔ مگر التہابی شدت کے رفع ہوجانے کے بعد کسی قدر بینائی بہتر ہوجاتی ہے یہی سلسلہ التہاب کے اعادہ اور بینائی کی خرابی کا جاری رہا کرتا ہے اور ہر مرتبہ التہاب کے بعد بینائی میں پہلے سے زیادہ خرابی پیدا ہوتی جاتی ہے بالآخر آنکھ نرم اور ضمور ہوجاتی ہے۔ بگر بسیط التہاب میں یہ حالت برسوں کے بعد پیدا ہوتی ہے۔ اگر عفنی مراکز کو جسم میں تلاش کرکے ان کا مناسب علاج کردیا جائے تو بینائی کی حالت بہتر ہوجاتی ہے۔

ہدبی وعنبی التہاب کا علاج بعینہ وہی ہے جو التہاب عنبیہ کا۔ اس علاج کے علاوہ عمومی صحت کی بہتری کا خیال رکھیں اس کے لئے مناسب تدابیر پر عمل کریں۔ اگر جسم کے اندر کوئی عفنی مرکز موجود ہو تو تحقیق وتفتیش کے بعد اس کا مناسب علاج کریں۔ بعض مریضوں میں اُن کے ذاتی جراثیم (عفنی مراکز کے جراثیم) سے ویکسین تیار کرکے اُس کی تلقیح مفید ثابت ہوتی ہے۔ مگر ہمیشہ اس سے یکساں فائدہ نہیں پہونچتا۔

جب التہاب نمایاں طور پر پایا جائے تو آنکھ میں ایٹروپین محلول ڈالیں۔ گرم تکمید سے کام لیں۔ کنپٹی پر پلسٹر لگائیں۔ اور آبلہ اٹھائیں یا جونک لگوائیں۔ کیلومل ۱/۲ گرین دن میں تین مرتبہ دیں۔ سیلول اور سیلی سلیٹ آف سوڈا اُن مریضوں کو استعمال کرادیں۔ جن میں کسی سبب کا پتہ نہ چلتا ہو۔

ہمارا خیال ہے کہ مذکورہ دوائیں امعاء کو صاف کرتی ہیں اسی وجہ سے اُن کا بہتر اور مفید اثر مترتب ہوتا ہے۔ زجاجیہ وغیرہ کے التہابی ترشح کو جذب کرنے کے لئے آیوڈائڈ استعمال کرادیں۔ مریض کو بستر پر آرام کرنے کی تاکید کریں۔ اور اُس کے

جسم پر پارے کے مرکبات کی مالش کی جائے۔ عام اس سے کہ وہ آتشک میں مبتلا ہو یا نہیں ایسا کرنے سے نہایت مفید اثرات مترتب ہوتے ہیں۔

گرم ہوا کا غسل دیکر پسینہ لائیں۔ یا پیلو کارپین کی تابیج کریں۔ آتشکی اور درنی مریضوں میں ان امراض کا مناسب علاج کیا جائے۔ مگر درنین کا استعمال نہایت احتیاط کے ساتھ کریں۔ بعض درنی مریضوں کو فوق البنفشی شعاعوں کے غسل سے بڑا فائدہ پہونچتا ہے۔ مگر یہ خیال رہے کہ فوق البنفشی شعاعوں سے غسل دینے کے دوران میں اُن کی آنکھوں پر عینک تحفظ کی غرض سے لگادی جائے۔ اگر توترعین خطرناک حد تک بڑھ گیا ہو تو آنکھ کے اندر سوراخ کرکے اس کو کم کردیں۔ گوکہ اس عمل کا اثر بہت تھوڑی دیر تک باقی رہتا ہے تاہم ضرورت کے لحاظ سے اس کو دوبارہ کرسکتے ہیں۔ یعنی اس عمل جراحی کو ہر دوسرے تیسرے روز کرسکتے ہیں۔ مگر تاوقتیکہ اس کی اشد ضرورت پیش نہ آئے اس کو ہرگز عمل میں نہ لادیں۔ نظری حیثیت سے یہ عمل اس لئے غیر مناسب معلوم ہوتا ہے کہ یکایک توترعین کے کم ہوجانے سے ہدبی دموی عروق پھیل جاتے ہیں اور اُن میں سے لمفاوی ترشح بہت زیادہ ہونے لگتا ہے۔ اور اس لمفاوی ترشح میں اجزا زلالیہ خصوصیت کے ساتھ بہت زیادہ پائے جاتے ہیں۔ مذکورہ بالا وجوہ کی بنا پر جب تک اشد ضرورت نہ محسوس ہو اس عمل کو نہ کرنا چاہئے۔

تجربہ سے ثابت ہوا ہے کہ اس عمل سے نتائج بہترین برآمد ہوتے ہیں کیونکہ زیادہ مقدار میں ترشحات کا پیدا ہوکر باہر کو خارج ہونا۔ سمیت اور فضلات کے اخراج میں خاص طور پر ممد ثابت ہوتا ہے جس سے حالت بہتر ہوجاتی ہے۔

اگر متعدد بار آنکھ میں سوراخ کرنے پر بھی حالت کچھ بہتر نہ ہو یعنی توترعین میں کمی نہ آئے۔ تو ماہر ایلیٹ کا آپریشن کرکے قرنوی وصلبی جائے اتصال پر ایک گول سوراخ بنادیا جائے مگر اس عمل کو اسی صورت میں اختیار کریں جب کہ دوسری تمام تدابیر ناکام ثابت ہوں۔

جب التہاب خفی ہو تو اس وقت حدقہ عین کو ایٹروپین کے خفیف محلول کے ذریعہ کسی قدر پھیلائے رکھیں۔ مریض کو تازہ ہوا میں رکھیں۔ مقویات اور زود ہضم غذائیں استعمال کرائیں۔ اگر آنکھ میں ضمور لاحق ہوکر وہ خراب ہوجائے تو مریض کی اجازت سے اس کو نکال دینا چاہئے۔

ہدبی وعنبی ملتصق التہاب (Plastic iridocyclitis) اس کے اسباب کا ذکر آچکا ہے۔ اس التہاب میں علامات زیادہ نمایاں ہوتی ہیں۔ عدسہ کے پیچھے ہدبی غشا منظار عین کے ذریعہ دیکھنے پر صاف دکھائی دیتی ہے

بعض بچوں میں یہ التہاب ایک کاذب سلعہ کی صورت اختیار کر لیتا ہے۔ آخری مدارج میں فسادی تغیرات جسم ہدبی کو اس قابل نہیں رکھتے کہ یہ آنکھ کے اندر اپنا فعل پوری طرح انجام دے سکے۔ یعنی یہ آنکھ میں لمفاوی رطوبت کے پیدا کرنے سے قاصر رہتا ہے۔ اس التہاب کا اثر سب سے پہلے زجاجیہ پر ہوتا ہے۔ اور یہ سیال ہو جاتی ہے۔ اس کے بعد عدسہ پر اس کا اثر پڑتا ہے جس کی وجہ سے عدسہ غیر شفاف ہو جاتا ہے اور بالآخر آنکھ سکڑ کر ضموری حالت اختیار کر لیتی ہے۔

علاج۔ اس کا علاج وہی ہے جو مزمن التہاب ہدبی وعنبی کا بیان کیا جا چکا ہے۔ سکڑی ہوئی آنکھ ہمیشہ مریض کے لئے تکلیف کا باعث ہوتی ہے۔ لہذا اس کو نکال دینا ہی بہتر ہوتا ہے۔

جسم ہدبی کا ورم صمغی

اس ورم کی وجہ سے جسم ہدبی اور عنبیہ میں ملتصق حاد التہاب رونما ہوتا ہے جس میں شدید التہاب عنبیہ نمایاں ہوتا ہے۔ قرنیہ کی گہری نسیجوں میں ارتشاح پایا جاتا ہے۔ اور شدید درد کا احساس ہوتا ہے۔ یہ آتشک کے نادر عوارض میں سے ہے جس کا پایا جانا تیسرے ہی درجہ تک محدود نہیں۔ جب یہ التہاب ترقی کر کے صلبیہ تک پہونچ جاتا ہے تو اس وقت اس کی تشخیص میں کوئی پیچیدگی نہیں پیدا ہوتی۔ اگر آتشک کے مخصوص علاج سے کوئی فائدہ نہ ہو سکے تو آنکھ بہت جلد خراب ہو جاتی ہے۔

جسم ہدبی کا تدرن

جسم ہدبی کا تدرن ہمیشہ عنبیہ ومشیمیہ کے تدرن کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ بلاواسطہ طریقہ پر اس کی تشخیص مشکل امر ہے درنی جراثیم جسم ہدبی کا مزمن التہاب بھی پیدا کرتے ہیں۔

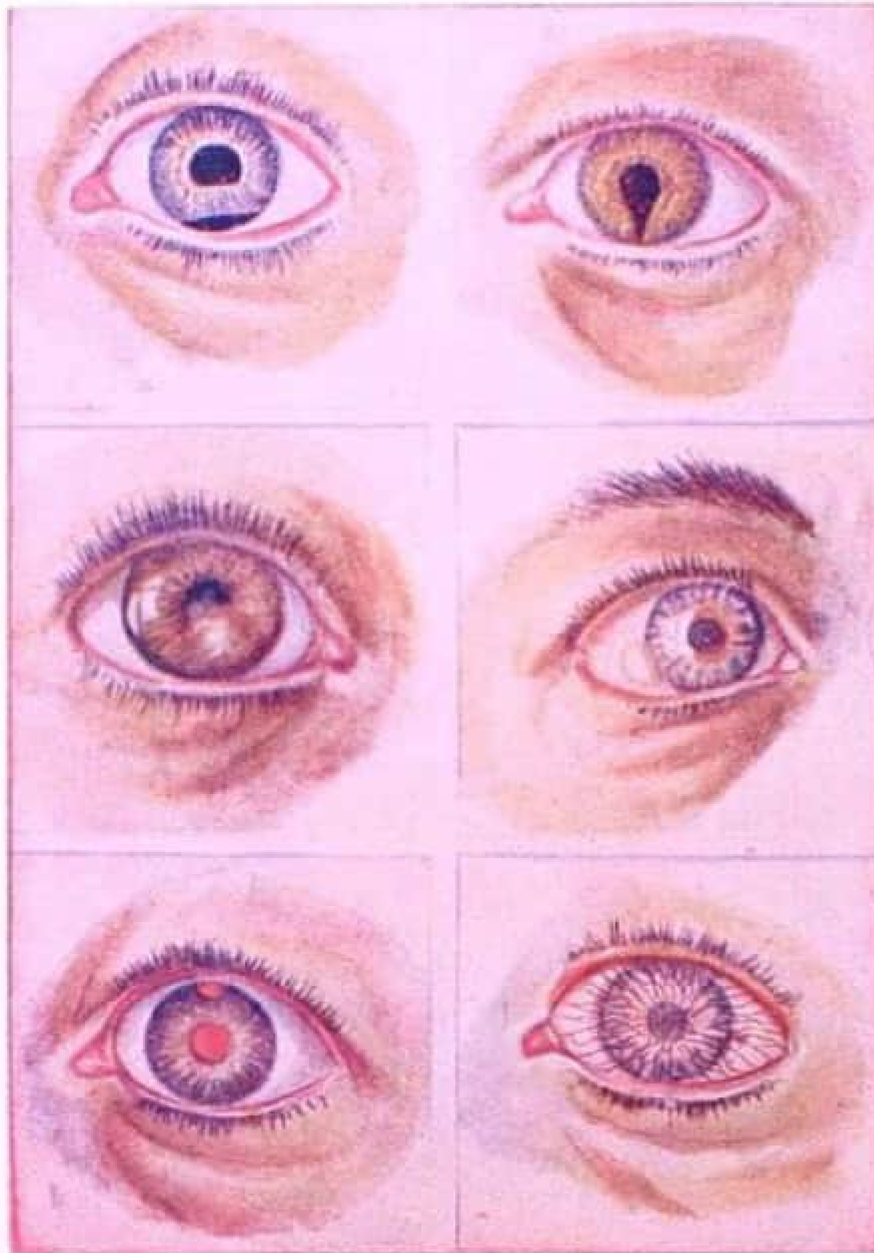
طبقہ عنبیہ کی خلقی بد وضعیاں

(۱) دونوں آنکھوں میں طبقہ عنبیہ کا رنگ ایک دوسرے سے مختلف ہو سکتا ہے۔

(۲) ایک ہی آنکھ میں بھی طبقہ عنبیہ کے مختلف حصص کا رنگ مختلف دیکھا گیا ہے۔

عنبیہ کا رنگ نیلا اس وجہ سے نظر آتا ہے کہ اس کی اساسی نسیجوں میں بالکل رنگ نہیں ہوتا۔ اس کے پچھلے حصہ پر شبکیہ کے جو خلیات استر کرتے ہیں صرف ان میں رنگ پایا جاتا ہے۔ یہی رنگ نیم شفاف عنبیہ کے اندر سے چمکتا ہوا نیلا نظر آتا ہے۔ نیلے رنگ کے عنبیہ میں بعض اوقات بھورے بھورے دھبے نظر آتے ہیں، اس کی وجہ یہ ہے کہ عنبیہ کی مؤخر سطح والے بشری خلیات جو حقیقتاً شبکیہ کا ایک حصہ ہوتے ہیں اس مقام پر زیادہ تعداد میں جمع ہوتے ہیں۔

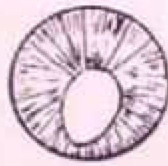
طبعی حالت میں حدقہ عین مرکز سے ذرا اندر کی طرف کو واقع ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں یہ اپنی جگہ سے بہت زیادہ ہٹا ہوا پایا جاتا ہے۔ عام طریقہ پر یہ انفی جانب کو ہٹا ہوتا ہے کبھی عنبیہ کے اندر ایک حدقہ کے علاوہ متعدد سوراخ پائے



۱ — شق عنبیہ - ۲ — نیچے کی طرف قرنیہ وصلبی جاد اتصال پر عنبیہ اپنے مقام سے اکھڑ گیا ہے - ۳ — شقاقتہ العین - ۴ — روماتزمی عقدہ عنبیہ پر موجود ہے - ۵ — قرنیہ کا احتقان دموی جس میں عروق نمایاں ہوگئے ہیں - ۶ — مزمن زرق الماء میں ماہر الیٹ کا اپریشن (قرنیہ وصلبی جاد پر ثقبی اپریشن) کرنے کے بعد سوراخ میں جب عنبیہ آتا ہے تو اس کو کھینچکر کاٹ دیا گیا ہے — جس کے بعد آنکھ کو اندھیرے کمرے میں منظارعین سے روشن کرکے دیکھنے پر حدقہ میں اور سوراخ جہاں عنبیہ کاٹا گیا ہے روشن نظر آتا ہے ۔

جاتے ہیں۔ ظاہر میں عنبیہ غائب بھی ہو سکتا ہے۔ تشریحی تحقیقات سے معلوم ہوا ہے کہ ہدبی کنارے پر کم سے کم باریک ایک لکیر ضرور موجود ہوتی ہے۔ مگر زمانہ حیات میں یہ صلبیہ سے پوشیدہ رہتی ہے۔ اسی وجہ سے دکھائی نہیں دیتی۔ معائنہ کرنے پر جسم ہدبی اور رباط معلق عدسہ نظر آتے ہیں۔ یہ حالت عموماً دونوں آنکھوں میں یکساں ہوتی ہے۔ اور ایسی آنکھوں میں ثانوی طور پر زرق الماء کے پیدا ہونے کا زیادہ خطرہ رہتا ہے۔

کبھی طبقہ عنبیہ کے اندر سے قدرتی طور پر کسی مقام سے ناشپاتی نما حصہ غائب ہوتا ہے۔ اس کا اتصال حدقہ کے ساتھ ہوتا ہے اور جسم ہدبی تک یہ حصہ پہونچتا ہے اس کو ہم خلقی شق عنبیہ (Congenital coloboma) کہتے ہیں۔



شکل نمبر ۱۲

(کالوبوما) عنبیہ کا نقص خلقی

یہ حالت عام طور پر نیچے اور اندر کی طرف ملتی ہے۔ اس کو خصوصی بدوضعی کہتے ہیں یہ اکثر پائی جاتی ہے۔ اور اس کے علاوہ دوسرے انشقاقات کو غیر خصوصی کہتے ہیں۔

یہ کبھی کبھی پائی جاتی ہے۔ اول الذکر کے ساتھ مشیمیہ میں بھی یہی حالت پائی جاتی ہے اور یہ حالت آنکھ کی اکثر پائی جانیوالی جنینی بدوضعیوں میں شمار کی جاتی ہے۔

حدقی غشاء کا موجود ہونا۔ یعنی عدسہ کی جنینی حالت کے مقدم عروقی غلاف کا قائم رہنا۔ اس صورت میں عدسہ کے سامنے باریک خیوط حدقہ کے اندر ادھر سے اُدھر جاتے ہوئے معلوم ہوتے ہیں۔ اور کبھی یہ الیاف عدسہ کی مقدم سطح سے ملتصق بھی ہوتے ہیں۔ ان کو ہم عنبیہ کی موخر سطح کے التصاق سے اس طرح ممیز کر سکتے ہیں کہ یہ خیوط عنبیہ کی مقدم سطح پر اُٹھتے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔ ان کی کوئی اہمیت نہیں ہوتی۔ چھوٹے بچوں میں پائے جاتے ہیں۔ اور عمر کے بڑھنے پر جذب ہو جاتے ہیں جوانوں کی آنکھوں میں بھی معائنہ کرنے پر ان کو ہم آسانی سے دیکھ سکتے ہیں۔ مگر اس عمر میں اُن کے صرف پُرانے نشانات باقی رہ جاتے ہیں۔

جنین کی حدقی غشاء در اصل باریک عروق دموی کا جال ہوتی ہے جس کے نیچے نازک اساسی نسیج پائی جاتی ہے اس کے اندر رنگین خلیات ہوتے ہیں۔ جن کا اجتماع حدقہ کے درمیان ۵-۶ ملی میٹر کے دائرہ میں ہوتا ہے۔ اس کے اندر بھورے نقاط پائے جاتے ہیں۔ مگر خیال رہے کہ عنبیہ کی موخر سطح کے التصاقی نقاط ان سے مختلف ہوتے ہیں یہ نقاط

چھوٹے اور باقاعدہ ہوتے ہیں۔ تعداد میں کثیر ہونے کے علاوہ ان کے ساتھ التہاب عنبیہ بالکل نہیں پایا جاتا۔ اور بینائی میں ان کی وجہ سے کوئی خرابی نہیں پیدا ہوتی۔

عنبیہ کی اکیاس بعض اوقات عنبیہ کی مسلی اکیاس اس کی تجاویف میں پیدا ہوتی ہیں۔ ان کے اندر سیال رطوبت جمع ہو جاتی ہے۔ اس میں شبکی بشری خلیات کی اکیاس بھی پائی جاتی ہیں جن کا سبب یہ ہے کہ شبکیہ کے بشری خلیات کے دونوں پرتوں کے درمیان سیال رطوبت جمع ہو جاتی ہے۔ اس صورت میں عنبیہ میں جابجا ابھار پیدا ہو جاتے ہیں۔ اور بشری خلیات کی موخر سطح عدسی غلاف سے ملتصق ہو جاتی ہے۔ بشری خلیات طبقہ عنبیہ پر آنکھ کے اندرونی جرحی جروح کی وجہ سے قائم ہو جاتے ہیں۔ اور اسی وجہ سے عنبیہ کی سطح پر شفاف کیس پیدا ہو جاتی ہے بعض اوقات یہ بشری خلیات تمام عنبیہ کو ڈھک دیتے ہیں۔ اور بالآخر زرق الماء کا سبب بنتے ہیں۔ کبھی وخزی جروح کی وجہ سے خزانہ مقدم میں بال پہونچ جاتے ہیں۔ اور عنبیہ پر پڑے ہوئے دکھائی دیتے ہیں دسلعات کو سلعات اندرون چشم کے مقالہ میں ملاحظہ فرمائیں)

امراض عدسہ جلیدیہ

عدسہ جلیدیہ کلیۃً بشری خلیات پر مشتمل ہوتا ہے جس کے گرد ایک غلاف ہوتا ہے۔ اس کے اندر اس کی ساخت کے لحاظ سے مختلف قسم کے تغیرات رونما ہو سکتے ہیں۔ مگر التہاب نہیں پیدا ہوتا۔ اس کے اندر فسادی تغیرات کی وجہ سے ماؤف مقامات غیر شفاف ہو جاتے ہیں۔ عدسے کے جزوی یا کلی طور پر غیر شفاف ہو جانے کو ہم نزول الماء Catraract کہتے ہیں۔ یہ حالت موتیا بند کے نام سے بھی موسوم کی جاتی ہے۔

عدسے کے اندر فسادی تغیرات عدسی الیاف کے درمیان سیال رطوبت کے جمع ہونے سے رونما ہوتے ہیں۔ گویا کہ اس رطوبت کے جمع ہونے سے اس کے الیاف کے درمیان مغزی تجاویف پیدا ہو جاتی ہیں۔ پہلے ان تجاویف میں ان کی انعطافی طاقت کے اختلاف کی وجہ سے صرف غیر شفاف حالت پیدا ہوتی ہے اس کے بعد ان کے اندر غیر شفاف رطوبت جمع ہو جاتی ہے جس میں اجزاء بیضیہ بہت ہوتے ہیں۔ اسی وجہ سے یہ غیر شفاف رقبے گول صورت اختیار کر لیتے ہیں اس کا نام مستدیرہ مارگیگنی (Morgagnian globules) ہے۔

مذکورہ فسادی مقامات اور اُن کے حجم کے مطابق نزول الماء کی متعدد قسمیں بیان کی گئی ہیں۔ تجربہ سے معلوم ہوتا ہے کہ عدسے کے اندر مختلف مرضی حالات کے مطابق نزول الماء کے مقامات مختلف ہوتے ہیں بعض حالتوں میں نزول الماء کے غیر شفاف رقبے بڑھ کر ایک دوسرے سے مل جاتے ہیں۔ یہاں تک کہ تمام عدسہ غیر شفاف ہو جاتا ہے اس کو ہم ستیار بڑھنے والا نزول الماء (Progressive cataract) کہتے ہیں۔

ایسی صورتیں بھی ملتی ہیں جن میں نزول الماء ایک خاص حالت میں قائم رہتا ہے۔ اگر اس کو ہم نزول الماء قائم کہیں تو مناسب ہوگا۔ شیوخی نزول الماء گویا کہ ستیار نزول الماء ہے۔

شیخوخی نزول الما (Senile cataract) - یہ ۵۰ سال سے کم عمر انسانوں میں شاذونادر پایا جاتا ہے۔ اس کی خفی حالتوں میں شعاعی طور پر عدسے کے اندر غیر شفاف لکیریں یا دائرے کے قطعات (Sectors) نمودار ہو جاتے ہیں۔ جن کے درمیان عدسہ کی بقیہ نسیجیں بالکل شفاف ہوتی ہیں، دن میں اور تنویر موربی کے ذریعہ ان کا دیکھنا ممکن نہیں۔ اسی لئے منظار العین استعمال کرنے کی ضرورت ہوتی ہے منظار العین سے اس کی تشخیص مکمل ہو جاتی ہے۔

غیر منبسط حدقہ عین کے اندر ان شعاعی غیر شفاف تبدیلیوں کے صرف سرے نظر آتے ہیں۔ مگر جب حدقہ عین منبسط ہو تو یہ خطوط ان غیر شفاف حصص کی چوٹی معلوم ہوتے ہیں۔ اس جگہ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ ان مریضوں کی آنکھ میں ایٹروپین کبھی نہ استعمال کریں۔

ان مثلث نما رقبوں کے قاعدے عدسے کے باہر کی جانب ہوتے ہیں۔ اور ان کی ابتدا عدسے کے پہلے حصہ سے ہوتی ہے۔ منظار عین اور تنویر موربی کے ذریعہ غور سے معائنہ کرنے پر معلوم ہوتا ہے کہ یہ غیر شفاف رقبے عدسے کے بیرونی سطحی پرتوں میں پائے جاتے ہیں۔ یعنی ان میں سے بعض عدسی نویہ کے سامنے اور بعض اُس کے پیچھے واقع ہوتے ہیں۔ یہ سب رقبے عدسے کی سمت الراس سے شروع ہوتے ہیں اور آنکھ کے محور کی طرف کو جاتے ہیں۔ جیسے جیسے زمانہ گذرتا جاتا ہے یہ غیر شفاف رقبے تعداد میں بڑھتے جاتے ہیں۔ اور تنویر موربی کے ذریعہ دیکھنے سے خاکستری نظر آتے ہیں منظار عین کے مرآۃ سے معائنہ کرنے میں اگر ۲۰ انچ کے فاصلہ سے ان کو دیکھا جائے تو یہ سیاہ نظر آتے ہیں اور شبکیہ سرخ دکھائی دیتا ہے۔

ابتدا میں منظار عین کے ذریعہ معائنہ کرنے میں روشنی کو جس قدر حرکت دیں اُسی قدر ان میں بھی حرکت معلوم ہوتی

ہے۔جس کا مطلب یہ ہوتا ہے کہ حقیقتاً یہ مقامات غیر شفاف نہیں بلکہ ان مقامات پر عدسہ کی انعطافی طاقت میں فرق آگیا ہے۔

سن رسیدہ اشخاص میں بچوں اور نوجوانوں کے مقابلہ میں حدقہ عین کم سیاہ ہوتا ہے۔ اور بعض اوقات تو اس کا رنگ ان میں بالکل خاکستری ہوتا ہے۔ اگر یہ خاکستری رنگ تمام حدقہ عین میں یکساں ہو تو اس کو اس وقت تک نزول الماء سمجھنا غلطی ہوگی۔ جب تک کہ کوئی غیر شفاف رقبہ منظار عین کے ذریعہ نہ دیکھ لیا جائے۔

معمر اشخاص میں عدسہ کے قشری حصہ کی انعطافی طاقت مختلف ہوتی ہے۔اس لئے طبعی حالت میں بھی حدقہ عین کا رنگ بجائے سیاہ ہونے کے خاکستری ہوجاتا ہے دوسری وجہ اس کی یہ ہے کہ اس کی سطح سے روشنی کا بیشتر حصہ منعکس ہوکر چاروں طرف پھیل جاتا ہے۔ مذکورہ امور شیخوخیہ نزول الماء کے متعلق بیان کئے گئے ہیں اس کو ہم نزول الماء تحت الغلاف (Subcapsular cataract) کہتے ہیں۔

اس کے علاوہ دو قسمیں نزول الماء کی اور بھی پائی جاتی ہیں مگر یہ اوّل الذکر کی بہ نسبت بہت کم دیکھنے میں آتی ہیں ان میں سے ایک قسم میں غیر شفاف رقبے تو یہ عدسی کے اوپر (Supra nuclear) اور دوسری میں عدسی نویہ کے اندر (Intranuclear) نظر آتے ہیں۔ تیسری قسم میں سحابی کیفیت عدسی پرتوں میں رونما ہوتی ہے اس لئے اس کو نزول الماء طبقی (Lamillar cataract) کہتے ہیں۔ اور دوسری قسم کو خلقی نواتی نزول الماء (Congenital nuclear cataract) بھی کہتے ہیں۔

اس حالت میں عدسی نویہ کے اندر سحابی کیفیت منتشر طریقہ پر پائی جاتی ہے۔ اور یہ سحابی کیفیت سطحی یا قشری حصہ کی طرف صاف ہوتی جاتی ہے۔ ایک قسم نزول الماء کی ایسی بھی ملتی ہے جس میں مذکورہ تمام قسموں کی مخلوط کیفیت موجود ہوتی ہے۔تحت غلافی نزول الماء کے ساتھ نزول الماء کی عدسی نواتی کیفیت بھی پائی جاسکتی ہے۔ علیٰ ہذالقیاس دوسرے اقسام کے نزول الماء کی کیفیت بھی مل سکتی ہے بعض اوقات عدسے کے اندر غیر شفاف نقاط بھی نمایاں ہوتے ہیں مگر یہ حالت خلقی نقاطی نزول الماء سے مختلف ہوتی ہے کیونکہ اس میں سحابی کیفیت آہستہ آہستہ بڑھتی رہتی ہے۔

شیخوخی نقاطی نزول الماء (Punctate senile cataract) ۲۵ سے ۳۰ سال کی عمر میں بھی پیدا ہوسکتا ہے۔ اور نواتی نزول الماء بھی تحت غلافی نزول الماء سے جلد یعنی ۴۰ سال کی عمر میں شروع ہوسکتا ہے۔

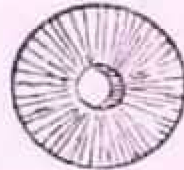
نزول الماء کی بڑھتی ہوئی حالت میں عدسہ کے اندر طبعی حالت سے زیادہ مائی رطوبت جمع ہو جاتی ہے جس کی وجہ سے الیاف پھول جاتے ہیں۔ جب سحابی کیفیت بہت بڑھ جاتی ہے تو عدسہ کسی قدر پھول جاتا ہے جس کی وجہ سے خزانہ مقدم کی گہرائی کم ہو جاتی ہے۔ اسی وجہ سے جو آنکھیں زرق الماء کی استعداد رکھتی ہیں اُن میں تو ترعین بڑھ جاتا ہے، تحت الغلافی نزول الماء میں نویہ کے اندر کوئی تبدیلی نہیں ہوتی یعنی یہ غیر شفاف نہیں ہوتا۔ مگر عدسہ کا تمام قشری حصّہ غیر شفاف ہو جاتا ہے۔ اس حالت کو کامل نزول الماء (Mature cathract) کہنا بہتر ہوگا۔

نزول الماء کے کامل ہونے سے پہلے ہی حدقہ عین کا حصّہ سفید یا غیر شفاف نظر آتا ہے۔ کیونکہ عدسہ کے قشری حصّہ کے سطحی حصص کے اندر سب کے بعد فسادی تبدیلیاں شروع ہوتی ہیں جب تک عنبیہ کے حدقی کنارے کے پیچھے عدسہ کا کچھ بھی حصّہ صاف ہو اُس وقت تک ایک طرف سے روشنی آنکھ میں ڈالنے سے عنبیہ کا سایہ عدسہ کے غیر شفاف حصّہ پر پڑتا ہے۔ اور جب عدسہ کا قشری حصّہ بالکل غیر شفاف ہو جاتا ہے تو یہ عنبیہ کے ساتھ متصل ہو جاتا ہے اُس وقت عنبیہ کا سایہ روشنی ڈالنے سے عدسہ پر بالکل نہیں پڑتا۔ گویا کہ اس وقت نزول الماء کامل ہو جاتا ہے۔ اس نقطہ کو یاد رکھنا چاہیئے۔ کیونکہ جب مریض کا نزول الماء اس حالت میں ہو تو اُس کا اپریشن زیادہ مناسب ہے۔

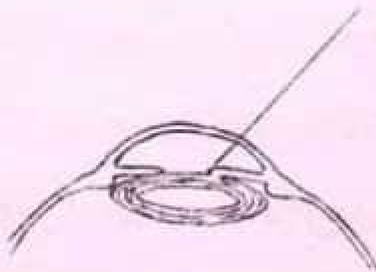
شکل ۱۳۵

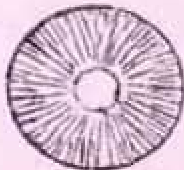


(ا)



(ب)

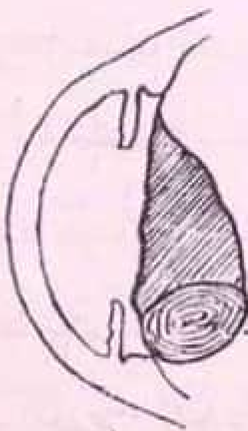




(ا) غیر پختہ نزول الماء میں تو نویر موربی کے ذریعہ عنبیہ کا سایہ دکھلایا گیا ہے۔
(ب) پختہ نزول الماء میں یہ سایہ غائب ہے۔

مرض جب اس درجہ میں پہونچ جاتا ہو تو خزانہ مقدم کی گہرائی پھر اصلی حالت پر لوٹ آتی ہے۔ کیونکہ اس وقت رطوبت مائی عدسہ سے قریب ہو جاتی ہے اور عدسہ کا حجم اپنی طبعی حالت پر آجاتا ہے اگر یہ فسادی حالت جاری رہنے دی جائے تو نزول الماء فوق البلوغ حد کو پہونچ جاتا ہے جس کی وجہ سے عدسہ کا قشری حصّہ بالکل منتشر ہو جاتا ہے اور پلپٹس کے مانند ایک ملغوبہ بن جاتا ہے۔ عموماً مائی رطوبت عدسہ کے اندر سے رفتہ رفتہ کم ہونا شروع ہو جاتی ہے یہاں تک کہ عدسہ سکڑ

جاتا ہے اور خشک ہوجاتا ہے ایسی حالت میں عدسہ مسطح اور زرد ہوجاتا ہے اور اُس کے اندر کولسٹرین کی قلموں کی وجہ سے چمکدار دھبے نظر آتے ہیں۔ غلاف کا مقدم حصہ دبیز ہوجاتا ہے اسی لئے حدقۂ عین کے اندر مقدم مرکزی نزول الماء کی کیفیت پیدا ہوجاتی ہے۔ عدسہ کے سکڑ جانے کی وجہ سے عنبیہ میں ارتعاش پیدا ہوتا ہے اور خزانہ مقدم بہت گہرا ہوجاتا ہے۔ عدسہ کے رباط معلقہ کے فساد کی وجہ سے عدسہ اپنے مقام سے ہٹ جاتا ہے۔ بعض اوقات بلوغ کے اس درجہ میں عدسے کے اندر پانی جذب ہوجاتا ہے۔ قشری حصہ بالکل سیال ہوتا ہے۔ اور عدسی نویہ غلاف عدسہ کی تہ پر آلگتا ہے۔ سیال قشری حصہ دودھیا ہوتا ہے اور اس کے اندر بھورے رنگ کا نویہ نظر آتا ہے جو اوپر کی طرف نیم دائرہ نما خط سے محدود ہوتا ہے۔ سر کی وضع کے مطابق نویہ بھی اپنے مقام کو بدلتا رہتا ہے۔ اس نزول الماء کو مارگیگنی نزول الماء (Morgagnian cataract) کہتے ہیں۔



شاذونادر حالتوں میں عدسی الیاف کا تصلب جس کی وجہ سے نویہ عدسی معرض وجود میں آتا ہے وہ طبعی حدود سے بڑھ کر سارے عدسے کو نویہ میں تبدیل کر دیتا ہے، اس قسم کا عدسہ سخت سیاہی مائل بھورا اور نیم شفاف ہوتا ہے۔ حدقہ عین سیاہ نظر آتا ہے۔ عدسہ کا بھورا رنگ تنویر موربی کے ذریعہ بھی دکھائی دیتا ہے، اس حالت کو سیاہ نزول الماء کہتے ہیں حالانکہ فی نفسہ یہ نزول الماء نہیں ہوتا۔

مرکزی نواتی شیخوخی نزول الماء میں بھی بعض اوقات تنویر موربی کے ذریعہ دیکھنے سے بھورا رنگ نظر آتا ہے جس کی وجہ دراصل عدسہ کے اندر ہر وقت تصلب کی موجودگی ہے۔

نزول الماء کا اصول علاج زیادہ تر مرکزی تصلب پر منحصر ہے یعنی عدسہ کے نویہ پر اس کا انحصار ہوتا ہے۔ ۳۰ سال کی عمر تک نواتی الیاف نرم ہوتے ہیں خزانہ مقدم کی مائی رطوبت ان کے اندر پہونچ جائے تو یہ اُس کو جذب کر سکتے ہیں۔ مگر اس عمر کے بعد پھر سخت ہوجاتے ہیں اُس وقت اس کا انجذاب نہایت آہستہ آہستہ اور کم ہوتا ہے۔ اسی لئے نزول الماء کے اپریشن میں نویہ کا نکال دینا بہت ضروری ہے، یہی وجہ ہے کہ جسقدر نویہ عدسی بڑا ہوتا ہی اُسیقدر بڑا شگاف دینا پڑتا ہے۔ جن حالتوں میں عدسی نویہ چھوٹا ہو اُن کو ہم نزول الماء رخو (Soft cataract) کہتے ہیں

چونکہ اس حالت میں اُس کے اندر زیادہ تر نرم قشری حصّہ پایا جاتا ہے۔

۵۰ سال سے زائد عمر کے مریضوں میں عدسی نویہ بڑا ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے اس قسم کے نزول الماء کو نزول الماء صلبیہ Hard cataract کہتے ہیں۔ حالانکہ اس حالت میں پورا عدسہ سخت نہیں ہوتا۔ یہ حالت صرف نزول الماء اسود میں پائی جاتی ہے۔ اس میں پورا عدسہ نویہ میں تبدیل ہو جاتا ہے ایسے نزول الماء کے جرحی عمل میں بہت بڑا شگاف دینے کی ضرورت ہوتی ہے تاکہ عدسہ اس کے اندر سے بآسانی نکل سکے۔

بالغ یا پختہ نزول الماء کو تنویر موربی کے ذریعہ معائنہ کرنے پر ہم اس کے بھورے رنگ سے اس کے حجم کا اندازہ لگا سکتے ہیں۔ اور اسی لحاظ سے شگاف کے متعلق بھی صحیح رائے قائم کر سکتے ہیں۔

علامات

سب سے پہلی شکایت جس کو نزول الماء کا مریض بیان کرتا ہے وہ یہ ہے کہ اس کو آنکھ کے سامنے سیاہ داغ نظر آتے ہیں مگر یہ سیاہ داغ دوسرے اقسام کے سیاہ داغوں سے مختلف ہوتے ہیں، یعنی یہ قائم ہوتے ہیں، متحرک نہیں ہوتے، اس شکایت کی وجہ یہ ہے کہ عدسہ کے مختلف حصص میں فسادی تغیرات پیدا ہو کر اُس کی انعطافی طاقت کو بدل دیتے ہیں جس کی وجہ سے گویا ایک شے کی کئی شبیہ پیدا ہوتی ہیں۔ روشن اجسام کی طرف دیکھنے سے یہ شکایت زیادہ پیدا ہوتی ہے۔ اسی وجہ سے شام کے وقت جبکہ قندیلیں روشن ہوں تو اُس وقت اس شکایت میں نمایاں زیادتی ہو جاتی ہے۔ پھر جیسے جیسے عدسے کی کثافت بڑھتی جاتی ہے اور اُس کا غیر شفاف قبہ زیادہ موٹا ہوتا جاتا ہے ویسے ویسے اس کا اثر مرکزی رویت پر تباہ کن ثابت ہوتا ہے، خصوصیت کے ساتھ یہ تباہ کن اثر اس وقت زیادہ نمایاں ہوتا ہے جبکہ سفیدی مرکزی حصہ سے شروع ہو۔ ایسے مریضوں کی پتلی جب پھیلی ہوئی ہو تو اُن کی بینائی بہتر ہو جاتی ہے شیخوخی نزول الماء کی بہت سی حالتوں میں مرکزی رویت پر سب کے بعد اثر پڑتا ہے اس لئے ان مریضوں کو زیادہ روشنی میں اچھا دکھائی دیتا ہے۔ کیونکہ روشنی اچھی ہونے کے علاوہ روشنی سے پتلی منقبض ہوتی ہے جس کی وجہ سے باہر کے زیادہ غیر شفاف حصّے بینائی میں مخل نہیں ہوتے۔ مگر اس کے ساتھ یہ بھی ہے کہ مریض تیز روشنی کی طرف دیکھنا پسند نہیں کرتا۔

بالآخر ان مریضوں میں بھی مرکزی حصہ غیر شفاف ہو جاتا ہے اور مریض کی بینائی رفتہ رفتہ کم ہو جاتی ہے یہاں تک کہ صرف نور کا احساس باقی رہ جاتا ہے۔ شیخوخی نزول الماء کے بیشتر مریض چند فٹ کے فاصلہ پر سے انگلیاں گن سکتے

ہیں۔ عموماً ایسے مریضوں کی آنکھ میں نزول الماء کی پختگی پر روشنی کی حس باقی رہتی ہے اور جس طرف سے روشنی آرہی ہو اُس کو وہ آسانی سے بتلا سکتے ہیں۔ اگر مذکورہ دونوں باتیں یعنی روشنی کا احساس اور روشنی کی سمت کو مریض بتا سکے تو اس کے عمل جراحی میں نتائج اُمید افزا برآمد ہوتے ہیں احساس نور وغیرہ کو معلوم کرنے کے لئے ذیل کے طریقے پر مریض کا امتحان کیا جاتا ہے۔

تاریک کمرہ میں لیمپ جلا کر ایک آنکھ کو مریض کی ہتھیلی سے بالکل بند کردیں اور منظار عین کے ذریعہ نزول الماء والی آنکھ میں مختلف اطراف سے روشنی ڈالیں، اس دوران میں مریض اپنے سامنے دیکھتا رہے۔ مریض سے کہیں کہ اپنے دوسرے ہاتھ سے اس طرف کو اشارہ کرے جدھر سے روشنی آتی ہوئی اُس کو معلوم ہوتی ہے۔ اگر وہ ایسا نہ کرسکے تو اس کے یہ معنی ہیں کہ مریض کے طبقہ شبکیہ میں کوئی مرض ہے۔ یعنی اُس کی آنکھ میں شبکی مشیمی ضموری رقعہ جات موجود ہیں۔ ایسی حالت میں انذار مرض یا اپریشن کے نتائج زیادہ اُمید افزا نہ ہونگے۔ اور بینائی ایک مرتبہ بہتر ہوکر دوبارہ خراب ہوجائیگی۔

جن مریضوں کا نزول الماء پختگی کو پہونچ چکا ہو اور وہ جسوقت معالجہ کے لئے آویں ہم اُن کے شبکیہ کا معائنہ پوری طرح نہ کرسکیں تو اُن کے متعلق کسی صحیح رائے کا قائم کرنا مشکل امر ہے۔ ہمیشہ یہ ذہن نشین رکھنا چاہئے کہ نزول الماء کے لاحق ہوتے ہی اگر مریض معالج کے پاس آجائے تو اُس کا معائنہ پوری طرح کرنے کے بعد قلمبند کرلیں۔ تاکہ بعد کو جب کہ عدسہ پوری طرح غیر شفاف ہوجائے اور پھر ہم معائنہ نہ کرسکیں تو طبعی یا غیر طبعی حالات سے ہم کو کماحقہٗ آگاہی ہو۔ لہٰذا خفی نزول الماء (Incipient cataract) کو مریض کے لئے یہی طریقہ اختیار کرنا چاہئے۔ یعنی اس کی پتلی کو فی صدی ہوم ایٹروپین کے محلول سے پھیلالیں اور عکس امتحان کریں۔ مگر یہ خیال رکھیں کہ معائنہ کے بعد ایسرین کا ایک قطرہ آنکھ میں ڈالکر پتلی کو منقبض کردیں ورنہ زرق الماء کے پیدا ہونے کا خطرہ رہیگا۔ اگر مریض کی آنکھ کا طبقہ قرنیہ چھوٹا اور خزانہ مقدم کی گہرائی کم ہو تو بجائے ہوم ایٹروپین کے کوکین کا محلول استعمال کیا جائے۔ مذکورہ بالا امور کے علاوہ اس امتحان میں میدانِ بصر کا معائنہ بھی ضروری ہے۔

شیخوخی نزول الماء کے بڑھنے کی رفتار مختلف مریضوں میں مختلف ہوتی ہے۔ بعض اوقات اُس کے پختہ ہونے میں کئی سال لگ جاتے ہیں۔ اور کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ یہ نزول الماء پختہ ہی نہیں ہوتا۔ سن رسیدہ

اشخاص میں نزول الماء جلد پختہ ہو جاتا ہے اور کم عمر والے مریضوں میں نسبتاً دیر لگتی ہے۔ جوانوں میں نزول الماء جب بہت جلد پختہ ہو جائے تو سمجھنا چاہئے کہ نزول الماء کے علاوہ آنکھ کے اندر کوئی دوسرا مرض بھی موجود ہے خواہ وہ التہاب جسم ہدبی ہو یا ذیابیطس وغیرہ میں وہ مریض مبتلا ہو۔ جن مریضوں کے عدسہ میں غیر شفاف شعاعی خطوط ظاہر ہوں اُن کا نزول الماء بہ نسبت اُن آنکھوں کے دیر میں پختہ ہوتا ہے۔ جن کے اندر سحابی غیر شفاف رقبے عدسہ کے اندر ہوتے ہیں۔

نزول الماء کے ہر مریض کا معائنہ مقررہ وقت پر کرنا چاہئے اور ہمیشہ عدسہ کے اندر کے غیر شفاف رقبوں کا خاکہ تیار کرنا چاہئے۔ تاکہ یہ معلوم ہوتا رہے کہ وہ کس قدر بڑھ رہے ہیں، ان امتحانات کے درمیانی وقفوں کے زمانے میں معالج کو ہر مریض کے لئے فرداً فرداً ہدایتیں کرنے کی ضرورت پڑتی ہے، کیونکہ نزول الماء کے بڑھنے کی رفتار ہر مریض میں یکساں نہیں ہوتی۔

مردوں اور عورتوں دونوں میں نزول الماء یکساں پایا جاتا ہے اور عموماً دونوں آنکھوں میں ہوتا ہے مگر ایک آنکھ میں اس کی ابتدا پہلے اور دوسری میں بعد کو ہوتی ہے، تجربہ سے معلوم ہوا ہے کہ کسی قدر موروثی استعداد کو بھی اس مرض میں دخل ہے۔ دیکھنے میں یہی آتا ہے کہ ہر آیندہ نسل کے افراد میں باعتبار سابق نسل کے کچھ پہلے ہی مرض کی ابتدا ہو جاتی ہے۔ نیفتھلین اور دوسرے سمیات کے ذریعہ خرگوش کی آنکھ میں مصنوعی طریقہ پر نزول الماء پیدا کیا جا سکتا ہے بعض قسم کے غلّے کھانے سے انسانوں میں بھی پیدا ہو جاتا ہے۔

تشریح مرضی۔ شیخوخی نزول الماء میں مقدم عدسی غلاف کے اندر استر کرنے والے مکعب عدسی خلیات میں خلائیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ اُن کو ہم بآسانی دیکھ سکتے ہیں۔ اور قشری حصہ میں مارگیگنی مستدیروں اور عدسی الیاف کے منتشر ہونے سے سحابی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ عدسہ کے اجزاء میں مائی انجذاب یا مائی تحلیل کی وجہ سے خود اس کے اندر اور خزانہ مقدم کے اندر ٹائروسین کی قلمیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ طبعی حالت میں یہ قلمیں دونوں جگہوں پر نہیں پائی جاتیں بعض اوقات نزول الماء کی حالت میں عدسہ کے اندر کولسٹرین کی قلمیں بھی ملتی ہیں۔

بعض لوگوں کا خیال ہے کہ عدسی نویہ کے سکڑنے کی وجہ سے اُس کے قشری حصہ میں تغیرات رونما ہوتے ہیں جن کو ہم نزول الماء کے نام سے تعبیر کرتے ہیں۔ مگر اس نظریہ کے ثبوت میں اُن کے پاس کافی شہادتیں نہیں ہیں۔

اس کے علاوہ دوسرے نظریے بھی پیش کئے گئے ہیں لیکن سب سے زیادہ مقبول وہی نظریہ ہے جس میں ہم تسلیم کرتے ہیں کہ جسمانی تعمیر و تخریب میں مخصوص تبدیلیاں رونما ہونے سے عدسے کے تغذیہ میں خرابی پیدا ہوتی ہے۔ اسی وجہ سے اس سے مخصوص خلیاتی سمیت کا اخراج نہیں ہوتا۔ اور اس سمیت کی تعدیل بھی کسی طرح ممکن نہیں ہوتی۔

علاج۔ کسی قسم کی کوئی دوا اس مرض میں موثر نہیں ثابت ہوتی۔ ہمارے تجربہ میں اسوقت تک صرف ایک دوا آئی ہے جس کے متعلق ہم کہہ سکتے ہیں کہ اس کے مسلسل استعمال سے نزول الماء کی ترقی کم از کم رک ضرور جاتی ہے یہ دوا (Succus cineria maritima) ہو مگر یہ زلالی اور ذیابیطسی نزول الماء میں مفید نہیں ہوتی اور بقیہ تمام اقسام کے نزول الماء میں فائدہ پہونچاتی ہے لیکن س کا استعمال ۶ ماہ سے ۸ مہینہ تک ضروری ہے۔

خفی نزول الماء کی پختگی کے زمانے میں مریض کی حالت کو خوشگوار بنانے کے لئے مناسب ہے کہ آنکھ کا معائنہ کر کے اس کو عینک دیدی جائے۔ بعض مریضوں کو دھوئیں کے رنگ کی عینک سے بہت فائدہ پہونچا ہے۔ اسی طرح Amber کے رنگ کی عینک لگانے سے بھی مختلف چیزیں صاف دکھائی دینے لگتی ہیں۔ کیونکہ کم طول موج والی نوری شعاعوں کو اس قسم کے شیشے جذب کر لیتے ہیں۔

نزول الماء کی حالتیں نیلی عینک لگانا بھی خلاف مصلحت نہیں۔ گو کہ اس رنگ کے شیشے سے گرمی کی شعاعیں گذر جاتی ہیں مگر زیادہ روشن شعاعیں اس میں جذب ہو جاتی ہیں جس سے فائدہ پہونچتا ہے۔

جن مریضوں کے عدسہ کے مرکز میں زیادہ سفیدی موجود ہو اُن کے واسطے دھوئیں کے رنگ کی عینک زیادہ مناسب ہے کیونکہ حدقہ عین اس کی وجہ سے پھیلا رہتا ہے۔ اور زیادہ حصے سے شعاعوں کو آنکھ کے اندر داخل ہونے کا موقع ملتا ہے۔

خفی شیخوخی نزول الماء کے اُن مریضوں کو جن کی آنکھ کے اندر اور کوئی دوسری شکایت نہ ہو، ہدایت کر دی جائے کہ وہ آنکھ سے کام نہ لیں اگر یہ نہ ہو سکے تو روشنی کے متعلق مناسب ہدایات پر عمل کرنے سے بھی تکالیف میں کمی ہو جاتی ہے۔

اگر حدقی حصہ میں نزول الماء نہ ہو تو تیز روشنی میں کام کرنا آسان ہوتا ہے۔ جب سفیدی بڑی اور مرکزی ہو تو غیر تیز دھندلی روشنی مریض کے ایک طرف ذرا پیچھے کو زیادہ مناسب ہوتی ہے۔

پختہ نزول الماء کی صورت میں عمل جراحی کے ذریعہ محدب عدسہ کو نکال دینا چاہیے۔ لیکن عمل جراحی کے متعلق فیصلہ کرنے سے پہلے مذکورہ سابقہ تمام باتوں کا خیال رکھیں۔ نیز مندرجہ ذیل امور کو بھی دیکھ لیں۔

حدقہ عین کا روشنی کے لئے انعکاسی ردِ عمل بہتر ہے یا نہیں۔ قرنیہ کی موخر سطح پر سوبی نقاط کو دیکھیں۔ اجزاء بیضیہ و ذیابیطس کے واسطے قارورہ کا معائنہ کریں۔ حالانکہ ان امراض کی موجودگی میں بھی اپریشن کیا جا سکتا ہے (مگر ذیابیطس کی حالت میں پہلے انسولین کے انجکشن دیئے جائیں، جب قارورہ میں شکر کا اخراج بند ہو جائے تو اپریشن کیا جائے ورنہ زخم کے اندمال میں دیر لگتی ہے) طبقہ ملتحمہ کا معائنہ غور سے کریں۔ اگر التہاب موجود ہو یا آلات دمعی (کیس دمعی) وغیرہ ملتہب ہوں تو اُن کا تشفی بخش علاج کرنے کے بعد اپریشن کی طرف متوجہ ہوں۔ شیخوخی السواجفنی کی وجہ سے بھی سن رسیدہ اشخاص میں کسی قدر مزمن التہاب ملتحمہ پیدا ہو جاتا ہے، اس لئے سبب کو رفع کرنا یا حابس محلول کو استعمال کرنا ضروری ہے۔ ملتحمہ کے التہاب کے رفع کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ کبھی کبھی آنکھ میں کاشک محلول لگایا جائے۔ بعض اوقات عرصہ تک علاج کرنے کے باوجود بھی حالت بہتر نہیں ہوتی۔ ایسے مریضوں کے ملتحمی مواد کا معائنہ ضروری ہے، اگر اس مواد میں کرویات ذات الریہ موجود ہوں تو اپریشن میں تعویق کرنا چاہیے۔ اگر معائنہ میں نتیجے کے متعلق کسی قسم کا شک ہو تو آنکھ پر مطہر روئی کا پیڈ رکھکر رات بھر کے لئے پٹی باندھ دیں۔ اگر صبح کو اس پر مواد لگا ہوا ہو یا آنکھ کے اندر موجود ہو تو اُس کو لے کر خوردبین سے معائنہ کریں۔ اگر اجفان باہم ملتصق ہوں تو علاج کو جاری رکھیں، اپریشن کرنے کے قبل رات کو آنکھ پر پٹی نہ باندھی جائے، کیونکہ ایسا کرنے سے جراثیم کو افزائش کا موقع ملتا ہے۔ ملتحمہ میں اگر مخاطی کیس موجود ہو تو ہرگز اپریشن نہ کرنا چاہیے۔ ایسی صورت میں پہلا کام یہ ہوگا کہ اس کا مناسب اور معقول علاج کریں، یا کیس دمعی کو عمل جراحی کر کے نکال دیں۔ یا قناۃ دمعی کو بند کر دیں جس کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ مکواۃ حدید کے ذریعہ نقاط دمعی کو جلا دیں۔ یا دونوں قناۃ دمعی کے گرد ٹانکہ لگا کر باندھ دیں۔ سب سے بہتر تو یہی ہے کہ کیس دمعی کو نکال دیں۔

دانتوں، گلے اور ناک کا غور کے ساتھ معائنہ کریں۔ اگر ان مقامات پر کوئی عفنی مرکز موجود ہو تو اپریشن کرنے سے پہلے اُس کا مناسب تدارک کریں۔ اگر غیر پختہ نزول الماء ایک آنکھ میں ہو تو اُس کا اپریشن شگاف دے کر نہ کریں بلکہ خاص سوئی کے ذریعہ غلاف عدسی کو پھاڑ دیں تاکہ رطوبت مائی عدسہ کے اندر داخل ہو جائے اور رفتہ رفتہ

عدسی باقیتیں جذب ہو جائیں۔

اگر ایک آنکھ میں پختہ نزول الماء موجود ہو اور دوسری آنکھ کی بینائی نہایت عمدہ ہو تو عمل جراحی کا کوئی خاص فائدہ نہ ہوگا کیونکہ اپریشن کے بعد بھی دونوں آنکھوں کی بینائی میں اسقدر فرق باقی رہے گا کہ عینک کے باوجود بھی مریض کی ماؤف آنکھ کی بینائی درست نہ ہوگی، اور اگر عینک نہ لگائی جائے تو اپریشن کردہ آنکھ کی بینائی ایسی ہوگی کہ جو دوسری اچھی آنکھ کے لئے تکلیف دہ ثابت ہوگی۔ اور فائدہ صرف اسقدر ہوگا کہ اپریشن کردہ آنکھ کا میدان بصر بہتر ہو جائے گا۔ ایسی صورت میں وہ لوگ جو شینوں میں کام کرتے ہیں یا بھیڑ بھاڑ میں زیادہ چلتے پھرتے ہیں۔ اُن کی آنکھوں کا اپریشن کرنا ضروری ہے۔

نزول الماء کے پختہ ہو جانے کے بعد اپریشن میں تعویق مناسب نہیں۔ کیونکہ اس درجہ کے بعد عدسہ میں خرابی شروع ہو جاتی ہے پھر اپریشن خطرناک صورت اختیار کر سکتا ہے۔ ایسی صورتوں میں مشاہدہ کو جاری رکھیں اور دیکھتے رہیں کہ غلاف عدسہ موٹا تو نہیں ہو رہا یا اُس کے اندر تکلس تو نہیں شروع ہو گیا۔ ان حالات میں اپریشن فوراً کر دینا چاہیئے، خواہ دوسری آنکھ کی بینائی اچھی ہی کیوں نہ ہو۔ غیر پختہ نزول الماء کی حالت میں جب بینائی خراب ہو جائے تو اپریشن کا فیصلہ غور و فکر کے بعد کرنا چاہیئے۔ ورنہ اگر قشری حصہ بہت نرم ہوا تو اپریشن میں مشکلات پیش آئینگی۔ اگر عدسہ پوری طرح خارج نہ ہو سکے تو التہاب عنبیہ اور دوسرے عوارض کے پیدا ہونے کا خطرہ ہے۔ مگر ساتھ ہی اس کے نزول الماء کی غیر پختگی اپریشن کے خلاف کوئی دلیل نہیں، بلکہ اس کے بعد نتائج بہتر ہوتے ہیں۔

یہ یاد رہے کہ سن رسیدہ اشخاص کے نزول الماء کا اگر اپریشن نہ کر دیا جائے تو یہ لوگ اندھے ہو جاتے ہیں، چونکہ یہ لوگ غریب ہوتے ہیں اس لئے کمانے والا شخص اگر اندھا ہو جائے تو سارے کنبے کے لئے نکبت و افلاس کا باعث بنتا ہے۔ اپریشن کر دینے سے ہر حالت میں بینائی بہتر ہو جاتی ہے لہٰذا جب بینائی بالکل خراب ہو گئی ہو تو نزول الماء کی پختگی کا انتظار نہ بھی کیا جائے تو کوئی حرج نہیں۔ بعض سرجن پہلے عنبیہ کا ایک حصہ کاٹ کر اس خیال سے انتظار کرتے ہیں کہ اب نزول الماء جلد پختہ ہو جائیگا۔ بعض مریضوں میں ایسا ہوتا ہے مگر ہمیشہ یہ بات نہیں ہوا کرتی۔ عنبیہ کا ایک حصہ پہلے کاٹ دینے سے آیندہ چلکر عدسہ کے نکالنے میں آسانی ہوتی ہے۔ مگر اس طریقہ میں ایک کے بجائے دو اپریشن کرنے پڑتے ہیں اور یہ بجائے خود ایک خرابی ہے، ہاں صرف اس صورت میں جبکہ اپریشن کے خلاف آنکھ کا ردعمل دیکھنا

مقصود ہو کہ عمل جرحی سے آنکھ میں بہت زیادہ تکلیف تو نہیں پیدا ہوتی، اس طریقہ کو اختیار کرسکتے ہیں تاکہ اس امر سے واقفیت حاصل ہونے کے بعد آئندہ فائدہ اٹھایا جاسکے، اس کے علاوہ جب عدسہ کے اندر منتشر سحابی حالت موجود ہو اور مرکز میں یہ سحابی کیفیت خصوصیت کے ساتھ پائی جاتی ہو تو اس قسم کے نزول الماء بہت عرصہ میں پختہ ہوتے ہیں۔ اور بینائی شروع ہی سے خراب ہوجاتی ہے۔ لہٰذا ایسی حالت میں عنبیہ کو کاٹ کر ۶ ہفتہ تک انتظار کرنے کے بعد اخراج عدسہ کا جرحی عمل زیادہ مناسب ہے۔

بعض اوقات خفی نزول الماء کی حالت میں مزمن زرق الماء کے لئے ماہرالیٹ کا عمل جرحی کرنا پڑتا ہے جسکے واسطے قرنیہ کے محیطی صلبیہ میں سوراخ بنایا جاتا ہے۔ اس قسم کے اپریشن کے بعد نزول الماء لاحق ہوجاتا ہے۔ نظری حیثیت سے اس سوراخ کے اندر سے شگاف دینا نامناسب ہے۔ مگر عملی حیثیت سے اس میں کوئی نقصان نہیں ہوتا۔ چونکہ عدسہ کے اخراج کے بعد زرق الماء پیدا کرنے والی مزمن حالت باقی نہیں رہتی۔

بعض ماہرین کا خیال ہے کہ ایسی صورتوں میں اخراج عدسہ کے لئے قرنوی شگاف نیچے کی طرف ہو تو زیادہ مناسب ہے۔ نزول الماء کے اپریشن کے بعد عینک کا استعمال ضروری ہے۔ عینک کے متعلق کسی دوسری جگہ ہدایتیں بیان کی جائینگی

خلقی اور زمانہ طفلی کا نزول الماء
Congenital and infantile cataract

اس نزول الماء کی دو قسمیں ہیں یہ ہمیشہ جزئی ہوتے ہیں اور ہمیشہ ایک حالت پر قائم رہتے ہیں عموماً ان کی قسمیں طبقاتی نزول الماء (Lamellar) اور مقدم غلافی (Anterior capsular cataract) ہیں۔ ان سے کم خلقی نزول الماء کی طبقاتی اقسام دیکھنے میں آتی ہیں جو بعض اوقات مرکزی اور کبھی کلی ہوتی ہیں۔

طبقاتی نزول الماء
Lamellar cataract
Zonular cataract
Perinuclear cataract

یہ پیدائش کے بعد اسقدر جلد رونما ہوتا ہے، کہ اس کے متعلق خلقی ہونے کا شبہ اب تک باقی ہے۔ گو کہ اس عمر میں عدسہ کا نویہ موجود نہیں ہوتا، تاہم عدسہ کے مرکزی حصص کو نویہ کہا جاتا ہے۔ اس قسم کے نزول الماء میں سحابی حالت مرکزی حصہ میں چاروں طرف کے پرتوں میں ہوتی ہے اور مرکزی حصہ میں نقطہ دار غیر شفاف حصص نظر آتے ہیں۔ عدسے کے سطحی قشری حصے بالکل شفاف ہوتے ہیں۔ حدقہ عین کے انبساط پر خاکستری رنگ کا غیر شفاف حصہ قرص کے مانند نظر آتا ہے جس کے گرد کے حصص شفاف ہوتے ہیں۔ اس قرص اور بیرونی حصص کا قطر

مختلف ہوتا ہے۔ ناظرین کے ذریعہ دیکھنے سے قرص سیاہ اور بیرونی کنارے صاف نظر آتے ہیں، باہر سے اندر کی طرف غیر شفاف حصے کم ہوتے جاتے ہیں۔ اور چاروں طرف شبکیہ کا نوری انعکاس صاف اور سرخ رنگ کا دکھائی دیتا ہے۔ عدسہ کے باہر چاروں طرف سحابی کیفیت شعاعی لکیروں کی صورت میں پائی جاتی ہے۔ جس کی مشابہت موٹر کو چلانے والے حلقہ نما ہینڈل سے ہوتی ہے۔ عدسہ کا غیر شفاف حصہ اسقدر بڑا ہوتا ہے کہ منبسط حدقہ عین پر مشتمل رہتا ہے، بینائی کی کمی کا انحصار غیر شفاف سحابی کیفیت پر ہوتا ہے۔ مریض معالج کے پاس بینائی کی خرابی ہی کی وجہ سے آتا ہے۔ ایسے مریض چونکہ مختلف اشیاء کو آنکھ کے قریب لاکر دیکھتے ہیں۔ اس لئے اُن کے متعلقین ان کو قصر بصر کا مریض سمجھ کر معالج کے پاس لاتے ہیں، اور اتفاق سے ان مریضوں میں قصر بصر کی شکایت پہلے ہی سے موجود ہوتی ہے۔ مگر مختلف اشیاء کو چونکہ یہ لوگ آنکھ کے قریب لاکر دیکھتے ہیں اس لئے ان کی "شبیہ" طبقہ شبکیہ پر پڑتی ہے۔ اس نزول الماء کی وجہ حمل کے زمانے یا اُس کے بعد کے زمانے میں تغذیہ کی خرابی ہے۔

مادہ چوہوں کو جب وضع حمل کے بعد ایسی غذا دی جاتی ہے جس میں حیاتین "A، اے" کی کمی ہو تو اُن کے بچوں میں یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس قسم کے نزول الماء کے ساتھ چوہوں میں کساحی عوارض بھی پائے جاتے ہیں۔ انہی حالات کے ماتحت بڑی عمر کے چوہے بھی کساح میں مبتلا ہو جاتے ہیں لیکن نزول الماء ان میں نہیں پیدا ہوتا۔ ایسی بشری نسیجیں سب سے زیادہ ماؤف ہوتی ہیں۔

عموماً بشری خلیات سطح کو ڈھانک لیتے ہیں اور پُرانے خلیات گر جاتے ہیں جن کی جگہ نئے خلیات لے لیتے ہیں۔ اس کے علاوہ جسم میں دو جگہوں پر اور بھی بشری خلیات پائے جاتے ہیں۔ ایک تو عدسہ کے اندر جہاں پر کہ شروع ہی سے سطح میں اندر کی طرف گڑھا پیدا ہو جاتا ہے اور یہ اُس کے اندر بند ہو جاتے ہیں۔ پھر پُرانے ہونے کے باوجود علیحدہ نہیں ہوتے اور دوسرے دانت کے اوپر کے اینیمل ہیں۔ مگر یہاں پر یہ خلیات تکلس کی وجہ سے متغیر ہو کر گر جاتے ہیں اسی لئے طبقاتی نزول الماء کی حالت میں دانت کا اینیمل بھی جا بجا غائب ہوتا ہے اور دانتوں کی شکل ایسی ہو جاتی ہے گویا کہ ان پر گڑھے پڑ گئے ہیں۔ دانتوں پر افقی لکیریں نظر آتی ہیں۔ اور مرکزی قواطع دانیاب سب سے زیادہ ماؤف ہوتے ہیں۔ یہ اثر صرف اُن ہی دانتوں پر ہوتا ہے جن کے اینیمل کی نشو و نما اس وقت بھی جاری ہو۔ عدسہ میں چونکہ سطحی الیاف سب سے کم عمر والے خلیات سے پیدا ہوتے ہیں، اس لئے عدسہ کی سفیدی سے اس کے حجم کا پتہ چلتا ہے

ہم مرکز حلقوں کے پیدا ہونے کی وجہ یہ ہے کہ بچہ کی ابتدائی عمر میں رہ رہ کر تغذیہ کی خرابی نمودار ہوتی ہے، اور یہ حلقے اسی سے متعلق ہوتے ہیں۔ تغذیہ کی خرابیاں طفلی امراض کی وجہ سے پیدا ہوتی ہیں بعض ماہرین کساح کو بھی اس کا سبب خیال کرتے ہیں، خلقی آتشک بھی اس کا باعث قرار دی گئی ہے۔ مگر اس کے متعلق کافی ثبوت موجود نہیں ہے، ایسے بچوں کو ام الصبیانی دورے عموماً ہوا کرتے ہیں۔

علاج اس کا علاج سفیدی کے رقبہ پر منحصر ہے، اور اس کی دبازت کو بھی اس میں دخل ہے۔ جن مریضوں کے عدسہ میں سفیدی بہت زیادہ گہری ہو اور حدقہ کی طبعی حالت میں اُن کی بینائی بہت کم ہو۔ اُن میں علاج کا انحصار سحابی حالت کے قطر پر ہوتا ہے - اگر اس کا قطر کم ہو اور عدسہ کا قشری حصہ بڑی حد تک شفاف ہو تو ایسے مریضوں کے حدقتین کو منبسط کر دینے سے اُن کی بینائی بہتر ہو جاتی ہے۔ اگر عینک دینے سے اُن کی بینائی بہتر ہو سکے تو اُن کی آنکھوں میں مصنوعی حدقہ دوسری جگہہ بنا دینا چاہئے لیکن چونکہ بعض حالتوں میں بتدریج سفیدی بڑھتی رہتی ہے لہذا اُسوقت تک مصنوعی حدقہ نہ بنایا جائے، جب تک کہ یہ یقین نہ ہو جائے کہ اب نزول الماء کی حالت قائم ہے اور اُس کی ترقی رک گئی۔ یہی وجہ ہے کہ نزول الماء کے بہت کم مریض اس عمل جرحی کے لئے مناسب ہوتے ہیں۔ عموماً چونکہ سفیدی کا حجم بڑا ہوتا ہے اس لئے عدسہ کو نکال دینا بہتر ہے کیونکہ ایسے عدسہ میں طاقت توفیق برسرکار نہیں ہو سکتی۔ ایسے مریضوں کی عمر بہت کم ہوتی ہے اسی لئے ان کے عدسہ کا مرکزی حصہ سخت نویہ کی صورت میں نہیں ہوتا۔ عدسہ کے جو الیاف متصلب نہ ہوں اُن کے اندر اگر رطوبت مائی داخل ہو جائے تو منجذب ہو جاتی ہے۔ اسلئے طبقاتی نزول الماء کے لئے یہ طریقہ بہتر ہے کہ سوئی کے ذریعہ عدسہ کا غلاف پھاڑ کر رطوبت مائی کو عدسہ کے اندر داخل ہونے کا موقع دیا جائے۔ عموماً طبقاتی نزول الماء کا یہی علاج کیا جاتا ہے۔ مگر جب تک بینائی زیادہ خراب نہ ہو جائے یا دوسرے طریقے ناکام نہ ثابت ہوں اُس وقت تک اس کو نہ کرنا چاہئے۔ چونکہ اس حالت میں عدسہ کی سفیدی کے مختلف مدارج پائے جاتے ہیں، اس لئے جن لوگوں کی بینائی بہتر ہو اُن کے غلاف عدسہ کو سوئی کے ذریعہ پھاڑ دینے کے متعلق غور و فکر کے بعد فیصلہ کرنا چاہئے۔ قابل غور یہ امر ہوتا ہے کہ آیا عینک سے درست کردہ بصارت اور اس کے ساتھ تھوڑی طاقت توفیق مریض کے لئے بہتر ہوگی یا اپریشن کے ذریعہ بہتر کردہ بینائی بغیر طاقت توفیق کے مناسب رہے گی۔

ہمارے خیال میں یہ بہتر ہے کہ $\frac{6}{12}$ یا $\frac{6}{18}$ حصہ بینائی کا جس کے ساتھ طاقت توفیق بھی موجود ہو بہ نسبت اس خیالی $\frac{6}{6}$ یا $\frac{6}{5}$ بینائی کے بہتر ہے جو اپریشن کے بعد پیدا ہوتی ہے اور جس کے ساتھ نہایت طاقتور محدّب عدسہ کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ ہم ایسے مریضوں کا اپریشن نہیں کرتے۔

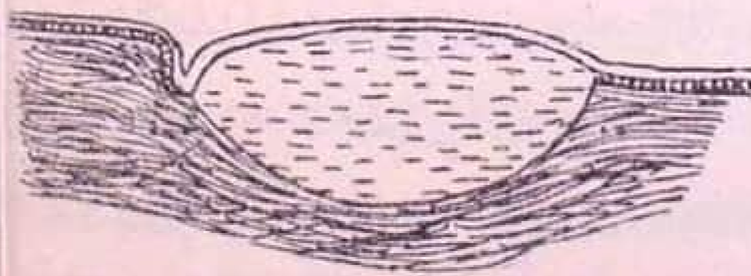
بچوں کے طبقاتی نزول الماء میں ۹ سے ۱۰ ماہ کی عمر میں اپریشن کرنا مناسب ہے۔ اپریشن کرنے کے وقت تک حدقہ عینی کو کسی قدر منبسط رکھنا چاہئے تاکہ روشنی کی وجہ سے شبکیہ کو تحریک ہوتی رہے۔ ایسا کرنے سے مریض کی آنکھ میں "حول" بھینگا پن نہیں پیدا ہوتا یا اس کے پیدا ہونے کے امکانات کم ہو جاتے ہیں۔

مقدم غلافی قطبی نزول الماء
Anterior polar capsular cataract

اس کو ہم عام طور پر مقدم قطبی نزول الماء کہتے ہیں۔ یہ نام نزول الماء کی صرف اسی حالت کے لئے مناسب ہے جس میں مقدم قطب یا اس کے نزدیک سفیدی پیدا ہو۔ اس کی دو قسمیں ہیں۔ (۱) مقدم غلافی (۲) مقدم قشری۔ علیٰ ہذالقیاس موخر قطبی نزول الماء کی بھی دو قسمیں ہیں یہ سفیدی دو قسم کی دیکھنے میں آتی ہے جس کو ہم موخر قطبی نزول الماء کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔

(۱) موخر قشری نزول الماء جس کے ساتھ ہمیشہ دوسرے عوارض بھی پائے جاتے ہیں مثلاً التہاب ہدبی وعنبی وغیرہ

(۲) موخر قطبی نزول الماء۔ یہ قسم سفیدی کی صحیح معنی میں نزول الماء نہیں۔ بلکہ جنینی عدسہ کے موخر عروقی غلاف کا بچا ہوا حصہ ہے۔ اور چونکہ یہ عدسہ کی غلاف کی موخر سطح سے باہر ہوتا ہے اس لئے حقیقتاً یہ نزول الماء نہیں اگرچہ اس کے ساتھ ملحقہ عدسی الیاف کے اندر بھی کسی حد تک سفیدی پائی جاتی ہے۔



نمبر ۱۳۔ مقدم غلافی نزول الماء کے قطع کا خاکہ

مقدم غلافی نزول الماء کی وجہ یہ ہے کہ غیر طبعی مکعب قشری الیاف کی زیادتی ہو جاتی ہے اور یہی مقدم غلاف کو استر کرتے ہیں، سادہ حالتوں میں حدقہ عین کے درمیانی حصے میں پائے جاتے ہیں۔

ان خلیات کی افزائش صرف اسوقت ہوتی ہے جبکہ ملتہب قرنیہ کچھ دیر تک عدسہ کے ساتھ لگا رہے،

اور یہ حالت صغر سنی کے زمانے میں پیدا ہو۔ کم عمر بچوں میں مذکورہ حالت اگر بہت تھوڑے عرصہ تک بھی قائم رہے تو مقدم طبعی نزول الماء پیدا کرتی ہے۔ زیادہ عمر کے مریضوں میں اس نزول الماء کے پیدا کرنے کے لئے بہت عرصہ تک اس حالت کا قائم رہنا ضروری ہے۔ بہ نسبت طبعی قرنیہ کے ملتہب قرنیہ سے عدسہ کا ملحق رہنا نزول الماء کے پیدا کرنے کے لئے اغلب سبب ہوتا ہے۔ عموماً یہ حالت قرحہ قرنیہ میں سوراخ ہوجانے سے پیدا ہوتی ہے، سوزاکی التہاب ملتحمہ و قرنیہ میں خصوصیت کے ساتھ ایسا ہوتا ہے۔

بعض اوقات مقدم غلافی نزول الماء خلقی بھی ہوتا ہے۔ مگر ایسا اُس وقت ہوتا ہے جبکہ جنینی حالت میں خزانہ مقدم کے بننے میں کچھ تعویق ہو۔ یہ حالت دونوں آنکھوں میں ایک ہی وقت میں پائی جاتی ہے۔ مگر اکتسابی حالت ہمیشہ ایک آنکھ میں ہوا کرتی ہے۔ جب قرحہ کے اندر سوراخ ہوجاتا ہے تو رطوبت مائی خارج ہوجاتی ہے۔ اور عدسہ و عنبیہ دونوں آگے بڑھ کر قرنیہ کی موخر سطح سے ملحق ہوجاتے ہیں۔ اگر قرنوی سوراخ کے اندر عنبیہ پھنس جائے تو خزانہ مقدم از سرِ نو بنتا ہے اور قرنیہ کی موخر سطح کے ساتھ عنبیہ و عدسہ کا یہ الحاق مختلف اوقات میں مختلف صورتوں میں پایا جاتا ہے۔ اگرچہ وقت کم ہو اور مریض کی عمر بھی زائد نہ ہو تو عدسہ کو نقصان پہونچتا ہے۔ اور اگر یہ حالت عرصہ تک قائم رہے تو مقدم غلافی نزول الماء پیدا ہوجاتا ہے اور عدسہ زخم کے ساتھ ملتصق ہوجاتا ہے۔

جب خزانہ مقدم بن جاتا ہے تو عدسہ قرنیہ سے الگ ہوجاتا ہے اور بعض اوقات جہاں پر عدسہ ملتصق تھا وہاں سے تاگے کی صورت میں باہر کو نکل آتا ہے یہ تاگے قائم بھی رہ سکتے ہیں اور ٹوٹ بھی سکتے ہیں۔

کبھی عدسہ اور قرنیہ کا باہمی الصاق اسقدر مستحکم ہوتا ہے کہ ہمیشہ کے لئے قرنیہ کی موخر سطح سے عدسہ ملتصق رہتا ہے پھر ایسی آنکھوں میں التہاب کل العین پیدا ہوجاتا ہے یا ثانوی زرق الماء کی وجہ سے آنکھ ضائع ہوجاتی ہے۔

خزانہ مقدم کے بن جانے کے بعد بعض اوقات اس مقام پر اسقدر زور پڑتا ہے کہ نزول الماء مخروطی شکل اختیار کرلیتا ہے۔ عدسہ کے اس التصاق سے عدسہ کے قشری حصہ کے الیاف کو نقصان پہونچتا ہے جس کی وجہ سے مقدم قشری نزول الماء بھی پیدا ہوجاتا ہے۔

غلاف اور قشری سفیدی کے مابین مقدم غلاف کے مکعب خلیات کی افزائش کا بھی امکان ہے اور بعد میں ان سے شفاف عدسی الیاف بن سکتے ہیں یعنی اس صورت میں غیر شفاف جسم کے درمیان ایک شفاف لکیر پیدا ہوجاتی

ہے۔ اگر قشری حصص میں فساد نہ ہو تو اس سفیدی کا رقبہ اسقدر چھوٹا ہوتا ہے کہ اس کی وجہ سے بینائی بالکل نہیں خراب ہوتی اور خاص طریقہ پر اس کے علاج کی کوئی ضرورت بھی نہیں پیش آتی۔

خلقی نزول الماء
Congenital cataract

خلقی نزول الماء مختلف صورتوں میں ظاہر ہوتا ہے۔ مقدم غلافی نزول الماء اور طبقاتی نزول الماء بھی خلقی ہو سکتے ہیں۔ ان کے علاوہ اور بھی اس کی قسمیں ہیں جو طبقاتی نزول الماء سے ملتی ہیں لیکن جب وہ جنین کے اندر رونما ہوں تو اُن کو خلقی نزول الماء کہتے ہیں۔

(۱) مرکزی یا نواتی نزول الماء Central or nuclear cataract گردی سفیدی عدسہ کے مرکز میں واقع ہوتی ہے۔ جس کے چاروں طرف شفاف حصہ موجود ہوتا ہے۔

(۲) مغزلی نزول الماء Fusiform cataract یا سامنے سے پیچھے کو جاتی ہوئی سفیدی۔ کبھی اس کے چاروں طرف لکیریں پائی جاتی ہیں۔ جس کی وجہ سے اس کی شکل (مرجان) Coral سے مشابہ ہوتی ہے۔ اس قسم کا نزول الماء ایک خاندان کے متعدد افراد میں پایا جاتا ہے۔

قرصی نزول الماء Discoid cataract بھی مختلف خاندانوں میں پایا جاتا ہے۔ اس میں سفیدی ایک بقایا عدسہ قرص کی صورت میں پائی جاتی ہے مگر نویہ کے موخر قشری حصہ میں نہیں ہوتی۔ بعض خلقی نزول الماء میں تمام عدسہ کے اندر سفید نقاط کے طور پر سفیدی منتشر ہوتی ہے۔ اور کبھی بعض خاص حصص میں یہ نقاط محدود ہوتے ہیں۔ اس قسم کے نقاطی نزول الماء کی متعدد قسمیں ہیں۔ تنویر موربی کے ذریعہ دیکھنے سے نیلے رنگ کے نقاط صاف نظر آتے ہیں اور تمام عمر ایسی حالت میں قائم رہتے ہیں ان کے لئے کسی قسم کے عمل جراحی کی ضرورت نہیں ہوتی۔

خلقی نزول الماء میں سے اکثر نزول الماء ایسے ہوتے ہیں جو بالکل نہیں بڑھتے۔ مگر ان کے ساتھ دوسرے خلقی عوارض پائے جا سکتے ہیں۔ بسا اوقات ان کے علاج کی کوئی ضرورت نہیں پیش آتی۔ اور کبھی ان کے لئے مصنوعی حدقہ بنانا پڑتا ہے یا سوئی کے ذریعہ غلاف عدسہ کو پھاڑ کر عدسے کے اندر رطوبت مائی کے جذب ہونے کا انتظام کرنا پڑتا ہے۔ بہتر طریقہ یہ ہے کہ ایسے مریض بچوں میں اُن کے سن بلوغ تک پہونچنے کے بعد مصنوعی حدقہ بنایا جائے اور اس دوران انتظار میں پتلی کو منبسط رکھا جائے۔ کیونکہ ان میں سے بعض پختہ ہو کر کلی نزول الماء کی کیفیت اختیار کر لیتے ہیں۔

نزول الماء کلی
Total cataract

کلی نزول الماء بھی خلقی ہو سکتا ہے اور جزئی خلقی نزول الماء بڑھ کر بھی کلی نزول الماء کی صورت اختیار کر سکتا ہے اس میں عدسہ سکڑ جاتا ہے یا اس کے اندر فساد پیدا ہو جاتا ہے۔ اسکے علاوہ شبکیہ میں بھی بعض خرابیاں موجود ہوتی ہیں۔ اس کا علاج یہ ہے کہ سوئی کے ذریعہ عدسے کے مقدم غلاف کو شق کر دیا جائے۔ مگر ایسے مریضوں کے اندر مرض کے متعلق غور و فکر کے بعد کوئی رائے قائم کی جاسکتی ہے بعض اوقات موخر سطح عدسی پر جنینی عروقی غلاف موجود ہوتا ہے ایسی صورت میں سوئی کے ذریعہ اپریشن کر دینے کے باوجود بینائی بہتر نہیں ہوتی۔ اگر پوری کوشش کے ساتھ تدابیر سے کام نہ لیا جائے تو آنکھ کے ضائع ہو جانے کا خطرہ رہتا ہے۔

کلی خلقی نزول الماء میں حدقہ عین بہت چھوٹا اور نوری انعکاس نہایت خفیف ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ استدقاقی انعکاس بھی خفیف درجہ کا پایا جاتا ہے یا بالکل ہی غائب ہوتا ہے۔ ایٹروپین ڈالنے سے حدقہ عین منبسط نہیں ہوتا۔ اگر سوئی کے ذریعہ عدسی غلاف کو شق کرنے کی بار بار کوشش کی جائے تو رباطات معلق عدسہ ٹوٹ جاتے ہیں جس کے بعد عدسی غشاء کو مثلث نشتر کے ذریعہ شگاف دیکر جفت عینی (Iris forceps) سے پکڑ کر نکالنا پڑتا ہے۔ اس عمل میں کچھ نہ کچھ زجاجی رطوبت ضرور ضائع ہو جاتی ہے جس کے بعد بعض اوقات شدید رد عمل رو نما ہوتا ہے مگر ان تمام باتوں کے باوجود چونکہ نتائج امید افزا پیدا ہوتے ہیں اس لیئے نہایت دلیری کے ساتھ ماہرین اس عمل کو انجام دیتے ہیں۔

عموماً خلقی نزول الماء کو عمل جرحی کی سوئی سے اسوقت تک نہ چھیڑنا چاہیے جب تک کہ بچہ ۹ یا ۱۰ مہینہ کی عمر کا نہ ہو جائے۔ اگر نزول الماء کے باہر عدسہ کا حصہ صاف ہو تو طبقاتی نزول الماء کے اصول پر علاج کرنا زیادہ مناسب ہے۔ مگر جب عدسہ تمام غیر شفاف ہو یا حدقہ عین کو منبسط نہ کر سکیں اور آنکھ میں "حول" بھینگا پن پیدا ہو رہا ہو تو جلد ہی عمل جرحی کی سوئی کو استعمال کرنا چاہیئے۔ لیکن یہ خیال رہے کہ ہر صورت میں یہ طریقہ خطرناک ضرور ہوتا ہے۔

علاج

جب بچوں کی ایک آنکھ میں نزول الماء ہو۔ اور سفیدی بہت زیادہ گہری ہو خواہ یہ نزول الماء طبقاتی کی وجہ سے ہو یا خلقی نزول الماء جزئی کی وجہ سے ہو اور اس کی وجہ سے حدقہ عین سفید دکھائی دے تو ہر صورت میں عمل جرحی کی سوئی کے ذریعہ عدسہ کے مقدم غلاف کو شق کر دینا چاہیئے اگر اپریشن نہ کر دیا جائیگا تو مرض ترقی پذیر ہو کر زیادہ حارج ثابت ہوگا۔

ثانوی نزول الماء
Secondary cataract

ثانوی نزول الماء حقیقتاً وہ غیر شفاف سفیدی ہوتی ہے جو اخراج عدسہ یا عمل ابرہ کے بعد باقی رہ جاتی ہے۔ ان دونوں جرحی اعمال میں عدسی غلاف کا موخر حصہ تمام اور مقدم حصہ نصف باقی رہ جاتا ہے۔ اگر غلاف کا موخر حصہ حدقہ عین کے محاذ میں قائم رہے تو زیادہ نقصان دہ نہیں ہوتا مگر اس عدسی غلاف میں چنٹوں کے پڑجانے کی وجہ سے بینائی ضرور خراب ہوجاتی ہے بعض حالتوں میں جب نزول الماء پختہ نہ ہو تو کچھ شفاف قشری حصے بھی غلاف عدسہ سے لگے رہ جاتے ہیں، جن میں سے کچھ رطوبت مائی کے عمل سے جذب ہوجاتے ہیں۔ مگر کبھی التصاقات کی وجہ سے مائی رطوبت اس حصہ تک نہیں پہونچتی، ایسی صورت میں مقدم غلاف کو استر کرنے والے مکعب خلیات بھی باقی رہ جاتے ہیں۔ پھر ان ہی خلیات سے نئے عدسی الیاف بن جاتے ہیں۔ لیکن یہ الیاف غیر طبعی حالات میں پیدا ہوتے ہیں اس لئے چھوٹے اور غیر شفاف ہوتے ہیں۔ اگر یہ اجزار حدقہ عین کے درمیان میں واقع ہوں تو بینائی کا خراب ہونا امر بیّن ہے۔ اور اگر اپریشن کے بعد التہاب عنبیہ پیدا ہوجائے تو لیفی ترشحات بھی ان اجزار کے ساتھ ملحق ہوجاتے ہیں۔ اور بعد میں ان کے اندر عروق وغیرہ پیدا ہوجاتے ہیں۔ پھر اس کی صورت ایک لیفی غشار کی ایسی ہوجاتی ہے۔

ثانوی نزول الماء کو ہم منظار عین یا تنویر موربی کے ذریعہ دیکھ سکتے ہیں۔ اگر یہ نہایت خفیف ہو تو دکھائی نہیں دیتا مگر جب صرف ایک جھلی ہو تو وہ تنویر موربی سے دکھائی دیتی ہے۔ اور منظار عین سے اس کو دیکھنے پر مکڑی کے جالے کے مانند نظر آتی ہے۔ اگر یہ جھلی دبیز ہو تو بآسانی دیکھی جاسکتی ہے۔

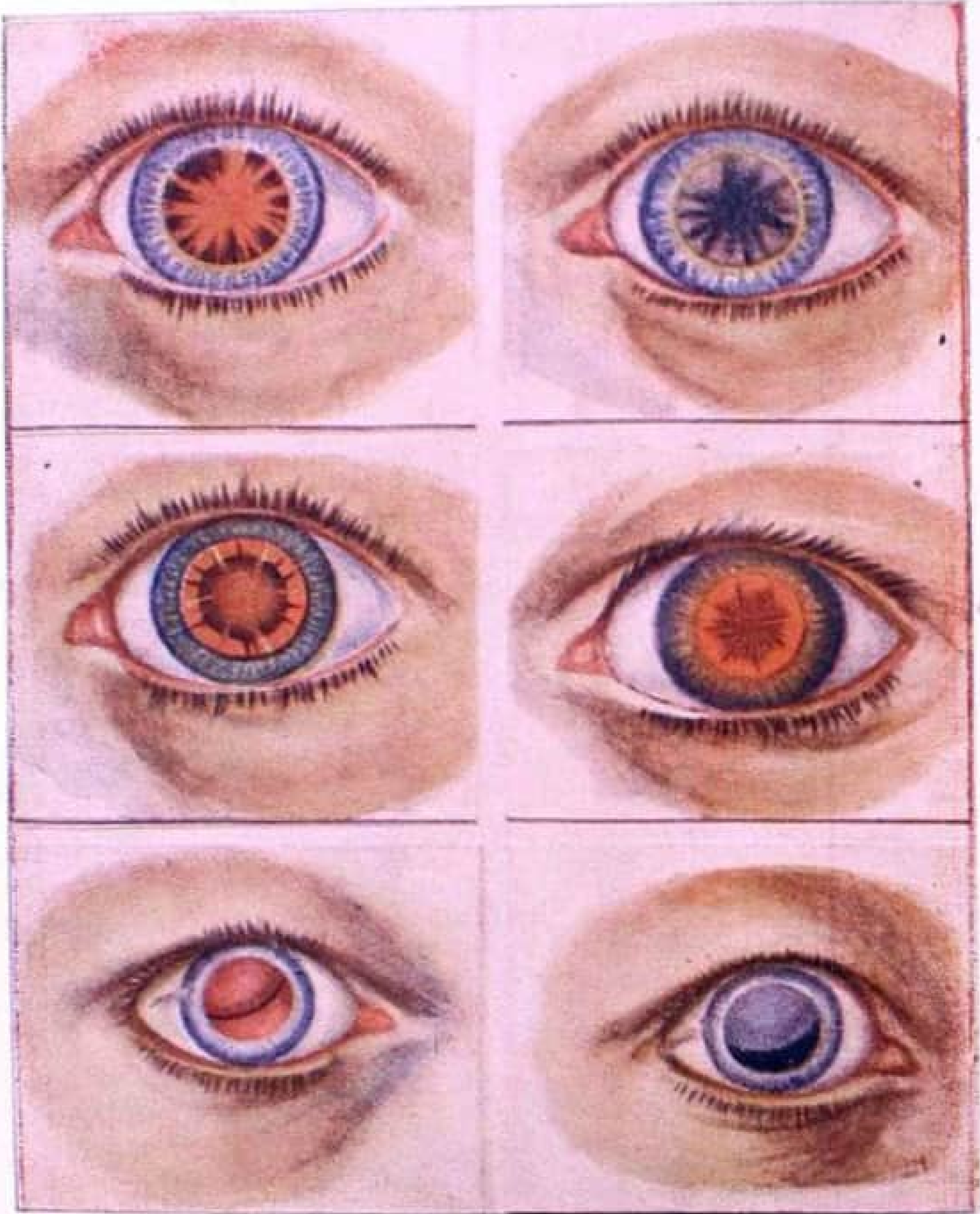
علاج۔ عمل ابرہ (Needling) کے ذریعہ ان کا علاج کیا جاتا ہے۔

نزول الماء مرکب ثانوی
Complicated cataract Secondary

وہ نزول الماء جو عوارض کے طور پر پیدا ہوتا ہے۔ یہ جسمانی دیگر حصص کے امراض یا خود آنکھ کے دوسرے اجزار کے کسی مرض کی وجہ سے عدسہ کے تغذیہ میں خرابی کی وجہ سے لاحق ہوتا ہے۔ طبعی حالت میں جسم ہدبی سے حاصل ہونے والی رطوبت لمفاوی سے عدسہ کا تغذیہ ہوتا ہے۔ اس لئے اگر جسم ہدبی میں کوئی مرضی کیفیت پیدا ہوجائے یا خون غیر طبعی حالت میں ہو اور اس سے خراب لمفاوی رطوبت کا ترشح ہو تو عدسہ کے تغذیہ میں خرابی آجاتی ہے اور عدسہ کے اندر غیر شفاف سحابی کیفیت پیدا ہوجاتی ہے۔ یہ غیر شفاف رقبے عدسے کے موخر قشری حصہ کے مرکز میں پیدا ہونا شروع ہوتے ہیں۔ اس لئے موخر قشری نزول الماء سے

پلیٹ نمبر ۱۰
متعلق صفحہ ۳۱۱ و ۳۱۸

تصویر ۱۳۰/۲



(۱) موتیابند کی آنکھ کا حدقہ مین پھیلایا گیا ہے ۔
(۲) اسی آنکھ کو منظارعین کے ذریعہ اندھیرے کمرے میں دکھایا گیا ہے ۔
(۳ و ۴) منظارعین کے ذریعہ موتیابند کی دوسری قسم دکھائی گئی ہے ۔
(۵) دن کی معمولی روشنی میں خلع عدسی کو دکھایا گیا ہے ۔
(۶) منظارعین کے ذریعہ خلع عدسی کو دکھایا گیا ہے ۔

اس کی ابتدا ہوتی ہے۔ پھر اسی مقام پر سفیدی قائم نہیں رہتی بلکہ بڑھ کر تمام موخر قشری حصہ کے چاروں طرف پھیل جاتی ہے۔ اور پورے قشری حصہ کو ماؤف کر دیتی ہے۔ اکثر حالتوں میں یہ غیر شفاف حصے بہت ہی خفیف غبار کی طرح معلوم ہوتے ہیں اور ابتدا ہی سے تمام قشری حصہ میں پھیلے ہوئے نظر آتے ہیں۔ پھر امتداد زمانہ سے اپنی تعداد اور دبازت میں بڑھتے جاتے ہیں۔

جب مذکورہ طریقہ پر کلّی نزول الماء ہوتا ہے تو اس کی شکل و ہیئت یکساں ہوتی ہے۔ بعد کو اس میں سے رطوبت مائی جذب ہو جاتی ہے۔ غلاف موٹا پڑ جاتا ہے اور پورا عدسہ سکڑ جاتا ہے جس کی وجہ سے عنبیہ میں ارتعاشی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ علاوہ ازیں دوسرے فسادی تغیرات مثلاً تکلس وغیرہ بھی رونما ہو جاتے ہیں۔

نزول الماء کی مذکورہ قسم جسم ہدبی کے مزمن التہاب اور کلّی زرق الماء (Absolute glaucoma) التہاب شبکیہ و مشیمیہ۔ التہاب مشیمیہ منتشرہ۔ التہاب شبکیہ اور رتوند والے التہاب کے علاوہ قرنیہ کے صدیدی التہاب اور خصوصیت کے ساتھ قرحہ ساعیہ کی صورت میں بھی پیدا ہو جاتی ہے۔

عدسہ کے موخر قشری حصہ کی کو کبی سفیدی خاص طور پر رتوند والے شبکیہ میں پیدا ہوا کرتی ہے۔ اور اس کی ترقی کو ہم دیکھ بھی سکتے ہیں۔ نزول الماء کے پیدا ہونے سے پہلے ہی بینائی خراب ہو چکی ہے۔ مگر اس نقطہ کا خیال انذار مرض کی حیثیت سے ضروری ہے۔ کیونکہ عمل جرحی کے ذریعہ اگر عدسہ کو کامیابی کے ساتھ نکال بھی دیا جائے تو بھی بینائی اچھی نہیں ہوتی۔ لہٰذا ایسی صورت میں مرکزی اور جانبی بصارت کا امتحان بہت ضروری ہے۔ اور اسکے ساتھ قرنیہ کی موخر سطح پر رسوبی نقاط کا بھی خیال رکھنا چاہئے۔

علاج - مرض کے سبب کو رفع کریں یا خود مرض کا علاج کریں۔ مگر اس کا علاج عموماً تکلیف دہ اور غیر اطمینان بخش ہوتا ہے۔ جب تک بینائی اچھی حالت میں رہے علاج کو جاری رکھیں۔ اگر احساس نور اور احساس محل نور بہتر اور نزول الماء کا اپریشن مناسب ہو تو سوئی کے ذریعہ اپریشن کر دیں۔ مگر اس امر کا فیصلہ مریض کی عمر پر موقوف ہے۔ صغر سنی میں سوئی کو استعمال کرنا چاہئے اور ۵۰ سال کی عمر کے بعد شگاف دیکر عدسہ کو نکالنا چاہئے۔

چونکہ ایسی آنکھوں کی بینائی اچھی نہیں ہوتی، اس لئے اکثر مریضوں میں اپریشن کرنا مناسب نہیں ہوتا۔ لیکن اگر کامیابی کی اُمید ہو تو جرحی عمل کر دینا چاہئے۔ کیونکہ بینائی کا کسی حد تک بہتر ہو جانا بینائی کے ضائع ہو جانے

سے بہتر ہے۔ لیکن اپریشن میں پہلے عنبیہ کا ایک حصہ کاٹ کر الگ کر دیں۔

نزول الماء ذیابطیسی
Diabetic cataract

یہ بھی ثانوی نزول الماء کی ایک قسم ہے۔ ذیابطیس کے مریضوں میں نزول الماء پایا جائے تو ہمیشہ یہ ضروری نہیں کہ ذیابطیس ہی کا نتیجہ ہو۔ ایسے مریضوں کو شیخوخی نزول الماء بھی ہو سکتا ہے۔ اگر ایسا ہو تو اس کا مناسب علاج کرنا چاہیے، مگر ذیابطیس کی موجودگی میں غذا اور دوا کے ذریعہ ذیابطیس کا علاج بھی ضروری ہے۔ صادق نزول الماء ذیابطیسی شاذونادر ہی پایا جاتا ہے۔ اور جب ہوتا ہے تو دونوں آنکھوں میں۔ ذیابطیسی نزول الماء میں عدسہ کے قشری حصہ میں سفیدی پیدا ہو کر سارے عدسہ میں پھیل جاتی ہے۔ جب عدسہ کے اندر یکساں طور پر دودھیا قسم کی سفیدی تیزی کے ساتھ پھیلتی ہوئی دیکھی جائے تو اس کا باعث ذیابطیس کو سمجھنا چاہیے، مگر ہر حالت میں شکر انگوری کے لئے قارورہ کا امتحان ضروری ہے۔

جن مریضوں کے قارورہ میں شکر بہت زیادہ خارج ہوتی ہے اُن میں ذیابطیسی نزول الماء پایا جاتا ہے مگر اس کا وجود خزانہ مقدم میں شکر کی موجودگی سے نہیں ہوتا۔ کیونکہ خزانہ مقدم میں شکر کی مقدار اسقدر نہیں ہوتی کہ اس سے نزول الماء پیدا ہو سکے، اس نزول الماء کا اصل سبب اب تک انتہائی کوشش کے باوجود نہیں معلوم ہو سکا بعض ماہرین کا خیال ہے کہ رطوبت لمفاوی میں کچھ مضر اجزاء پائے جاتے ہیں جن کی وجہ سے اس قسم کا نزول الماء پیدا ہوتا ہے۔

اگر ذیابطیس کا عمومی علاج کامیاب ثابت ہو تو اس نزول الماء کا اپریشن کر دینا مناسب ہے۔ حالانکہ ذیابطیس کے مریضوں میں اپریشن کے ساتھ خطرات کا امکان ہوتا ہے لیکن ان خطرات کے باوجود انجام اچھا ہوتا ہے، پھر بھی انذار مرض کے متعلق معالج کو غور و فکر کے بعد کوئی رائے قائم کرنا چاہیئے۔ ذیابطیس کے مریضوں میں زخم کا اندمال عام خیالات کے مطابق اچھا نہ ہونا چاہیے لیکن قرنیہ کا زخم اپریشن کے بعد بہت جلد مندمل ہو جاتا ہے۔ اس کے اپریشن میں مقامی اور عمومی دونوں خطرات پائے جاتے ہیں۔ مناسب اپریشن سے پہلے انسولین کے انجکشن دیے جاتے ہیں۔

مقامی خطرات میں سے شدید التہاب عنبیہ اور نزف الدم اہم خطرات ہیں۔ اپریشن میں عنبیہ کو چھیڑنا

وری ہے اور اس کے بعد شدید التہاب عنبیہ پیدا ہو جاتا ہے۔ اس کے علاوہ عنبیہ کو کاٹنے کے بعد اسقدر شدید ف الدم کا امکان ہوتا ہے کہ جس کی وجہ سے اپریشن کرنا مشکل ہو جاتا ہے اور اپریشن میں مشکل ہونے کے علاوہ نزف الدم آنکھ کے لئے بھی خطرناک ہو سکتا ہے۔ اپریشن کے دوران میں زجاجیہ کے اندر یا مشیمیہ کے نیچے زف الدم کی وجہ سے آنکھ بالکل ضائع ہو سکتی ہے۔ اسی لئے اس قسم کے نزول الماء کے اپریشن میں عنبیہ کا کاٹنا اسب نہیں ہوتا۔ اگر قطع عنبیہ ضروری ہو تو صرف سرے پر چھوٹا سوراخ بنانا چاہئے۔

اس میں ہبوط کلی ذیابیطس کا خطرہ ہوتا ہے۔ مگر یہ نہایت معمولی طور پر لاحق ہوا کرتا ہے ان خطرات کی جہ سے مناسب ہے کہ اپریشن سے پہلے ذیابیطس کا مناسب علاج انسولین وغیرہ کے ذریعہ کر لیا جائے۔ مذکورہ وری خطرات کے علاوہ عفنی تعدی کا خطرہ بھی بہت عام ہے اگر تعدی ہو جائے تو آنکھ میں صدیدی کلی التہاب یدا ہو جانے کی وجہ سے آنکھ بہت جلد خراب ہو جاتی ہے کیونکہ انسجہ کی قوت مدافعت بہت کم ہوتی ہے۔

شیشے کی فیکٹری میں کام کرنیوالوں کا نزول الماء

عموماً یہ نزول الماء ان مردوں میں پایا جاتا ہے جو عرصہ سے بیر، شراب کی بوتلیں یا پلیٹ، گلاس وغیرہ بناتے ہوں۔

عمدہ بلوری بوتلیں بنانے والوں اور پگھلے ہوئے شیشے کو دبا کر مختلف اشیاء یار کرنے والوں میں نہیں پایا جاتا۔

اس نزول الماء کی خصوصیت یہ ہے کہ عدسہ کے موخر قشری حصہ کے اندر پہلے قرص نما سفیدی ظاہر ہوتی ہے د بعد میں بڑھ کر تمام عدسہ کو گھیر لیتی ہے۔ پگھلے ہوئے شیشے سے جو شعاعیں نکلتی ہیں اُن میں فوق البنفشی شعاعیں بھی وتی ہیں۔ ہمارا خیال ہے کہ یہ شعاعیں نزول الماء کا سبب نہیں ہوتیں۔ بلکہ گرمی اس کا اہم سبب ہے جو بلاواسطہ مدسہ پر اثر نہیں کرتی۔ مگر عنبیہ اور جسم ہدبی پر اثرانداز ضرور ہوتی ہے۔ اس کی وجہ سے عدسہ کے تغذیہ پر بھی خاص ثر پڑتا ہے یہ ہم پہلے بتا چکے ہیں کہ گرمی کی شعاعوں کو شبکیہ اور جسم ہدبی کے رنگین بشری خلیات جذب کر لیتے ہیں

ماہر فوگٹ (Vogt) نے خرگوش کی آنکھ میں ۶،۷۰ سے ۱،۰۰ طول موج والی شعاعوں کے ذریعہ ایک گھنٹہ بں قشری نزول الماء پیدا کیا۔ زمانہ حال کے ماہرین نے تجربہ کیا ہے کہ لوہے کے بعض کارخانوں خصوصاً بخیرا دہ وہے کی چادروں پر قلعی چڑھانے والوں میں بھی ایسی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ حالت لوہے کے دوسرے قسم کے

کام کرنے والوں میں نہیں پائی جاتی۔ شاید اس کی وجہ یہ ہو کہ یہ لوگ پگھلے ہوئے لوہے کی طرف نہیں دیکھتے یا دیکھتے ہیں تو آنکھ پر سیاہ چشمہ لگائے رہتے ہیں۔ جو لوگ لوہے کے ٹکڑوں کو گیس کے ذریعہ جوڑتے ہیں اُن میں نزول الماء نہیں پیدا ہوتا۔ غالباً اس کی وجہ یہ ہے کہ یہ لوگ اپنی آنکھوں کو بچانے کے لئے گہرے رنگ کا چشمہ لگا لیتے ہیں۔

منگولیا، چین، جاپان کے فاتر العقل بچوں میں ۱۴ سے ۱۶ برس کی عمر تک نزول الماء پیدا ہوتا ہے۔

عدسہ کی خلقی اور غیر طبعی حالتیں

خلقی نزول الماء کے بغیر بھی عدسہ کی شکل اور اُس کے محل کی غیر طبعی حالتیں دیکھنے میں آتی ہیں اور ایسی صورتوں میں آنکھ کی حالت بھی طبعی نہیں ہوتی۔

نقص عدسی
Coloboma of lens

عدسے کے نچلے سرے میں پایا جاتا ہے یہ ایک قسم کی دندانہ دار حالت ہے جو بعض اوقات عدسے کے کنارے کے علاوہ دوسرے مقامات پر بھی پائی جاتی ہے۔ اس کا سبب رباط معلق کی تکوینی خرابیاں ہوتی ہیں۔

خلع عدسی۔ خلقی خلع عدسی
Ectopia lentis

عدسہ کے جزئی خلع کی حالت کا نام ہے۔ عدسہ کا خلع اوپر یا اوپر اور اندر کی طرف ہوتا ہے۔ دونوں آنکھوں میں اور عموماً موروثی طور پر پایا جاتا ہے ایسی صورت میں عدسہ چھوٹا ہوتا ہے۔ مگر اُس کا باہر کا کنارہ نظر نہیں آتا تاوقتیکہ عدسیہ عین منبسط نہ ہو۔ مگر جزئی خلع کی علامتیں ضرور نظر آتی ہیں۔

مخروطی عدسہ
Lenticonous

عموماً عدسہ کی موخر سطح میں یہ حالت پائی جاتی ہے۔ حقیقتاً یہ اُس کے انحنا کی غیر طبعی حالت ہے یعنی وہ کروی ہونے کے بجائے کسی حد تک مخروطی ہو جاتا ہے اس کا معائنہ زائیس کی خوردبین سے کیا جا سکتا ہے۔

امراض زجاجیہ

زجاجیہ خاص قسم کی منجمد جیلی نما بافت ہوتی ہے۔ جو آنکھ کے اندر مناظری فعال انجام دیتی ہے۔ اس کے اندر عروق دمویہ بالکل نہیں ہوتے۔ اور اس میں التہاب نہیں پیدا ہو سکتا۔ پرانے ماہرین نے التہاب زجاجیہ کی اصطلاح مقرر

کرنے میں غلطی کی ہے۔ اسی لئے اب یہ اصطلاح متروک ہے۔ اس کی صرف عرضی علامات بیان کی جائیں گی۔

زجاجیہ کی سحابی حالت یا سفیدی
Opacity

اس حالت میں کبھی آنکھ کے سامنے سیاہ دھبے متحرک نظر آتے ہیں، یہ بات معمولی حالات میں طبعی آنکھ میں بھی پائی جاتی ہے۔ حقیقتاً اس کا باعث زجاجیہ کے اندر کے وہ باریک سحابی گالے ہیں جو فضا میں سیاہ دھبوں کی طرح نظر آتے ہیں۔

مشابہ ذباب (سیاہ داغ یلے)
Muscoe volitantes

یہ مختلف قسم کی سفیدیاں ہیں جن کا سایہ طبقہ شبکیہ پر پڑتا ہے اسی وجہ سے فضا میں سیاہ دھبے نظر آتے ہیں۔ کوئی نیم شفاف شے جو اجسام مخروطی وعصوی کے محاذ میں آنکھ کے اندر واقع ہو اس کی وجہ سے یہ دھبے دکھائی دیتے ہیں اسی طرح عروق دمویہ میں جو کریات حرکت کرتے ہیں ان کی بھی یہی حالت ہوتی ہے مگر آنکھ کو سرخ روشنی سے طبعی طور پر مناسبت ہے اسی لئے ان کریات حمرا کی وجہ سے بینائی میں کوئی خرابی نہیں پیدا ہوتی ورنہ یہ بھی خرابی کا باعث ہوتے۔

زجاجیہ میں ایسے ذرات بھی پائے جاتے ہیں جن کو ہم منظار عین سے نہیں دیکھ سکتے مگر ان کی موجودگی کی وجہ سے فضا میں سیاہ دھبے ضرور نظر آتے ہیں۔ غیر طبعی حالات میں یہ سیاہ دھبے بہت زیادہ نظر آتے ہیں۔ اس وقت ہم زجاجیہ کے اندر کے ان ذرات کو منظار عین سے دیکھ سکتے ہیں۔ ان ذرات کی موجودگی طریق عنبی و مشیمی کے امراض کا بین ثبوت ہے۔ اور جسم ہدبی کے التہاب کا ان سے خاص طریقہ پر پتہ چلتا ہے۔ شبکی و مشیمی التہاب اس کے علاوہ قصر بصر میں بھی پایا جاتا ہے۔ جب یہ ذرات بہت کم ہوں تو صرف غبار کی صورت پیدا ہوتی ہے۔ ایسی صورت میں یہ ذرات تمام زجاجیہ میں یا صرف اس کے مقدم حصہ میں محدود ہوتے ہیں۔ اگر یہ بہت ہی خفیف ہوں تو سطح مراۃ اور محدب عدسہ کی مدد سے ہم ان کو ملاحظہ کر سکتے ہیں۔ حقیقتاً یہ معمولی انجماد والے اجسام بیضیہ یا مجمع کریات بیضا ہوتے ہیں۔ اجسام بیضیہ مشیمیہ اور جسم ہدبی سے اس مقام پر حاصل ہوتے ہیں اور کریات بیضا کا گروہ جسم ہدبی یا طبقہ شبکیہ سے حاصل ہوتا ہے۔ زیادہ شدید حالتوں میں یہ ذرات گالے یا خیوط کی صورت اختیار کر لیتے ہیں۔ ان کی موجودگی میں فضا کے اندر کبھی تکدرات اس قدر صاف نظر آتے ہیں کہ سمجھدار مریض با آسانی ان کا نقشہ بنا کر دکھا سکتا ہے بڑی اور زیادہ حجم کی سفیدیاں زجاجیہ کے اندر ان مقامات پر پائی جاتی ہیں جہاں

نزف الدم ہو چکا ہو یا جو جگہیں نزف الدم والی جگہوں سے قریب ہوں۔ یہ سفیدیاں عام طور پر ادھر سے اُدھر تیرتی ہوئی نظر آتی ہیں۔ جس سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ زجاجیہ سیال ہے۔ اور کبھی یہ شبکیہ کے ساتھ ملحق ہوتی ہیں۔

اگر یہ سفیدیاں یا غیر شفاف حصص زیادہ دبیز ہوں تو منظار عین سے دیکھنے پر طبقہ شبکیہ پوری طرح صاف نہیں دکھائی دیتا۔ مگر جب متوسط درجہ کی ہوں تو قرص بصری اور شبکیہ کے عروق دموی نظر آتے ہیں۔ مگر صاف نہیں بلکہ مکدر ہوتے ہیں۔ قرص بصری معمول سے زیادہ سرخ نظر آتی ہے اور بعض اوقات اس امر کا فیصلہ کرنا مشکل ہوتا ہے کہ اس میں التہاب موجود ہے یا نہیں۔

اگر یہ کیفیت زیادہ اور شدید نہ ہو تو مرئی علامتیں آنکھ کے اندر منظار عین سے نظر نہیں آتیں۔ جس کی وجہ یہ ہے کہ یہ اجزا آنکھ میں بہت ہی خفیف ہوتے ہیں اور دکھائی نہیں دیتے یا منظار عین کے میدان بصر سے علیحدہ واقع ہوتے ہیں یعنی جسم ہدبی یا مشیمیہ کے مقدم حصہ میں پائے جاتے ہیں۔

علاج ۔ جب یہ حالت خفیف درجہ کی ہو اور مرئی علامات نہ پائی جائیں تو بلا واسطہ علاج کی ضرورت نہیں ہوتی۔ ایسی صورت میں مریض سے کہیں کہ وہ دھبوں کی طرف خیال نہ کرے کیونکہ بعض اوقات ان دھبوں کے نظر آنے کی وجہ یہی ہوتی ہے کہ خاص طور پر مریض ان دھبوں کی طرف توجہ کرتا ہے۔ اگر عینک سے بینائی درست ہو سکتی ہو تو اُس کو درست کر دیں اور باریک کام کاج کے کرنے کے متعلق مناسب ہدایتیں کریں۔ مریض کے نظام ہضم میں خرابیاں ہوں تو اُن کی طرف توجہ کی جائے۔

مگر جب یہ حالت شدید اور زیادہ ہو تو اس کے اسباب کے مطابق علاج کیا جائے۔ بشرطیکہ سبب کا علم ہو سکے مثلاً جب التہاب عنبیہ و جسم ہدبی موجود ہو یا آتشکی التہاب شبکیہ ہو یا شبکیہ و مشیمیہ کا التہاب یا طریق ہدبی و مشیمی کا درنی التہاب موجود ہو تو ابتدائی مراکز کا علاج پہلے شروع کر دیں۔ مگر جب سبب کا پتہ نہ چلے تو مریض کو ایوڈائیڈ استعمال کرائیں، کیونکہ اس سے قوت جاذبہ میں ترقی ہوتی ہے اور اس کے ساتھ پارہ کے مرکبات بھی دیئے جائیں خواہ مریض کو آتشک ہو یا نہ ہو۔ آنکھ کو سکون و آرام کی حالت میں رکھا جائے۔ ایٹروپین آنکھ میں ڈالی جائے سیاہ شیشے آنکھ پر لگائے جائیں۔ تکمید یعنی گرم بورک محلول سے آنکھ کو متعدد بار دھونا اور سینکنا۔ جونک کا لگانا ملتحمہ کے نیچے نمکین سیال کی تلقیح وغیرہ مفید ہیں۔ مگر شدید التہابی حالت میں یہ سب ممنوع ہیں۔ بعض

ماہرین ڈایونین Dionin بھی استعمال کرتے ہیں۔

زجاجیہ کا سیال ہونا
Fluidity of vitreous

اس کا سبب یہ ہے کہ زجاجیہ کے اندر سے الیاف جذب ہوجاتے ہیں۔ اور اس کے اندر فساد پیدا ہوجاتا ہے۔ الیاف کا انجذاب اور فساد کریات بیضا کے عمل ہضم اور ان کی مترشح رطوبات سے ظہور پذیر ہوتا ہے۔ اسی لئے یہ حالت اس وقت پائی جاتی ہے جب کہ زجاجیہ کے اندر غیر شفاف گالے اُڑتے ہوئے نظر آتے ہیں۔ اگر زجاجیہ کے اندر غیر شفاف گالے نہ ہوں تو زجاجیہ کے سیال ہونے کی تشخیص ممکن نہیں ہوتی۔ ان کی موجودگی کی صورت میں اگر مریض سے آنکھ کو حرکت دینے کے لئے کہا جائے تو آنکھ کو نیچے اوپر حرکت دینے پر یہ گالے اُڑتے ہوئے نظر آتے ہیں۔

زجاجیہ کا سیال ہونا کبھی شیخوخت کی علامت ہوتا ہے یا یوں سمجھ لیجئے کہ اس عمر میں زجاجیہ سیال ہوجاتی ہے۔ بہرحال اس کے سیال ہونے کی حالت میں تو تر عین طبعی حالت میں رہتا ہے۔ جن آنکھوں کا تو تر عین کم ہو یا دوسرے الفاظ میں یوں کہا جاسکتا ہے کہ جو آنکھیں نرم ہوں اُن کے اندر زجاجیہ سیال ہوتی ہے۔

زجاجیہ جن فسادات کی وجہ سے سیال ہوجاتی ہے وہ اس کے اندر کولسٹرین کی قلمیں بھی پیدا کرتے ہیں۔ اگر آنکھ کو نیچے اوپر جلد جلد حرکت دی جائے تو یہ قلمیں بھی نظر آسکتی ہیں۔ ان کے متحرک ہونے پر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ آنکھ کے اندر سنہرے قطرات گر رہے ہیں۔ ممکن ہے کہ ان کی موجودگی میں بینائی میں بہت کم خرابی واقع ہو۔

زجاجیہ کا سیال ہونا خاص طور پر علاج طلب نہیں۔ مگر اپریشن میں تکلیف دہ ضرور ہے۔ کیونکہ ایسی آنکھوں میں عدسہ کا رباط معلق کمزور ہوتا ہے یعنی اپریشن میں باہر کو زجاجیہ اور عدسہ کے نکل آنے کا خطرہ رہتا ہے۔ بالفرض اگر زجاجیہ نکل بھی جائے تو اس کی جگہ لمفاوی رطوبت پُر کر دیتی ہے اس لئے بینائی پر کوئی بُرا اثر نہیں پڑتا۔

زجاجیہ کے اندر نزف الدم

زجاجیہ کے اندر نزف الدم تصلب شریانی یا التہاب شبکیہ کی وجہ سے ہوتا ہے۔ فقر الدم خبیثہ۔ ملیریا کی وجہ سے اور بلا کسی سبب کے بھی ہوسکتا ہے۔ چھوٹے چھوٹے نزفی مقامات کا معائنہ آسانی سے کیا جاسکتا ہے حالانکہ زجاجیہ کے چار طرف ارتشاح کی کیفیت موجود ہوتی ہے۔ مگر بڑے نزفی مقامات جن کی وجہ سے زجاجیہ خون سے بھر جاتا ہے اُن کے متعلق اسوقت شک ہوتا ہے جب کہ آنکھ کے اندر روشنی ڈالنے سے نوری انعکاس غائب ہو۔ ایسی حالت میں بھی تویر موربی کے ذریعہ عدسہ کے پیچھے خون کے

دھبوں کا دکھائی دینا ممکن ہے۔

بظاہر تندرست جوان اشخاص میں زجاجیہ کے نزف الدم کی ایک ایسی حالت پائی جاتی ہے جس میں نزف الدم بہت شدت کے ساتھ ہوتا ہے۔ ہمارا خیال ہے کہ اس کا سبب خون کی کوئی نہ کوئی خرابی ہے جس میں خون یا تو منجمد نہیں ہوتا یا دیر میں منجمد ہوا کرتا ہے۔ ایسے مریضوں میں سے بعض کو رعاف (نکسیر) کی شکایت بھی لاحق ہوتی ہے۔ جب نزف الدم کی یہ حالت پائی جائے تو یکے بعد دیگرے دونوں آنکھوں میں ہوا کرتی ہے اور بار بار اس کا اعادہ ہوتا ہے اور کلی طور پر انجذاب دم ہو جانے کے باوجود بھی آخر میں بینائی خراب ہو جاتی ہے۔ بینائی کی خرابی کا باعث شبکیہ کی خرابی ہوا کرتی ہے چونکہ زجاجیہ کے اندر عروق نہیں ہوتے۔ اسلئے بغیر انسجہ کے بنے ہوئے اُس کے اندر سے خون کا انجذاب نہیں ہوتا کیونکہ اس کے اندر الیاف بنانے والے خلیات موجود نہیں ہوتے۔

علاج - ہر حالت میں سکون کی اشد ضرورت ہوتی ہے۔ شروع میں مریض کو بستر پر آرام کے ساتھ لیٹنے کی تاکید کی جائے اور تمام ایسی حرکات کے لئے منع کر دیا جائے جس میں کسی قسم کا زور پڑے۔ اگر نزف الدم بار بار ہو تو خون میں انجماد کو بڑھانے والی دوائیں مثلاً کیلسم کے نمکیات وغیرہ دیے جائیں اور دوران علاج میں انجماد دم کا معائنہ بھی کرتے رہیں۔

زجاجیہ کے اندر لیفی ساخت کی پیدائش

یہ حالت التہاب ہدبی والتہاب عنبی مکون میں دیکھی جاتی ہے۔ اس میں عدسہ کے پیچھے زجاجیہ کے اندر غشائی ساخت پیدا ہو جاتی ہے۔ مگر ان حالات میں چونکہ عدسہ غیر شفاف ہوتا ہے اس لئے یہ جھلی نظر نہیں آتی۔ بچوں میں جب تحت الحاد التہاب باطن عنبیہ رونما ہو تو اُسکی وجہ سے کاذب ورم لیفی عصبی (Pseudo glioma) پیدا ہو جاتا ہے، سب سے پہلے بچے کی ماں کو اس کا پتہ چلتا ہے بچے کی پتلی کی جگہ پر ایک قسم کی سفیدی نظر آتی ہے۔ بیان کیا جاتا ہے کہ اس کے قبل آنکھ میں التہاب نہیں ہوتا تفتیش کے بعد معلوم ہوتا ہے کہ اُم الصبیانی دورے اور سیلان الاذن خسرہ۔ حمی قرمزیہ یا کوئی دوسری شدید بیماری بچے کو لاحق ہو چکی ہے۔ متعدد مریضوں میں اس کا باعث کر دیات سحائی معلوم ہوئے ہیں۔ عموماً سابقہ التہاب عنبیہ کے نشانات پائے جاتے ہیں: مثلاً موخر التصاق عنبیہ وغیرہ موجود ہوتا ہے۔ اس کو ورم لیفی عصبی (سلعہ خبیثہ شبکیہ) سے تشخیص کرنا بہت ضروری ہے۔ التہاب شبکیہ متکاثرہ بھی اسکا سبب ہوتا ہے۔ آتشکی، درنی، نقرسی وجوہ سے نو زائیدہ عروق دموی قرص بصری یا شبکیہ سے زجاجیہ کے اندر ہو کر یہ حالت پیدا کرتے ہیں۔

زجاجیہ کے اندر تقیح

زجاجیہ کے اندر صرف التہاب کل العین کی صورتیں پیپ پیدا ہوتی ہے۔ جس کا باعث جروح و خزیہ ہوتے ہیں بعض قسم کے سددی التہاب شبکیہ و مشیمیہ سے بھی یہ حالت پیدا ہو سکتی ہے۔ پیپ کی موجودگی میں منظار عین کا نوری انعکاس بہت خراب یا غائب ہوتا ہے۔ تویرموربی کے ذریعہ دیکھنے پر عدسہ کے پیچھے زرد رنگ کا مادہ نظر آتا ہے۔ آنکھ میں شدید التہاب موجود ہوتا ہے۔ اس کی صحیح تشخیص کچھ مشکل نہیں ہوتی خارج سے عدوی شامل ہونے کی صورت میں اس کا علاج صرف یہی ہے کہ آنکھ کو نکال دیا جائے۔ اگر ذاتی عددی کی وجہ سے یہ حالت پیدا ہو تو آنکھ کے علاج کے ساتھ پیپ کا بھی علاج کیا جائے۔

جنینی شریان شفاف کا پیدائش کے بعد قائم رہنا

Persistent hyaloid artery

جنینی زمانے میں شریان شفاف زجاجیہ اور عدسہ کے موخر غلاف کو خون پہونچاتی ہے جنینی زندگی کے چھٹے ساتویں مہینہ یہ شریان مسدود ہو جاتی ہے۔ اور پیدائش کے بعد بالکل مفقود ہو جاتی ہے۔ اس کے محل وقوع پر اس کی جائے ابتداسے قرص بصری تک ایک لیفی ساخت بیلون کے اندر طبعی حالت میں بھی پائی جاتی ہے۔ اور قرص بصری سے زجاجیہ تک جاتے ہوئے ریشے نظر آتے ہیں۔ انسان میں بھی بعض اوقات یہ بقیہ چیزیں ملتی ہیں، اور خوردبین سے معائنہ کرنے پر نظر آسکتی ہیں۔ عدسہ کی موخر سطح کے مرکز سے ۱-۲ ملی میٹر انفی جانب پیچیدہ خیوط کی صورت میں ریشے ملتے ہیں بعض اوقات یہ زائد بھی ہوتے ہیں اور عدسہ کی موخر سطح پر گول دھبے کی صورت میں نظر آتے ہیں۔ اس کو غلطی سے کبھی ہم موخر قطبی نزول الماء سمجھ لیتے ہیں۔ ان حالتوں میں موخر عروقی غلاف کا بھی کچھ حصہ باقی رہ جاتا ہے جس کی وجہ سے مرکز میں ایک بڑا غیر شفاف رقبہ نظر آتا ہے جو عدسہ کی موخر سطح پر پایا جاتا ہے۔ ایسی حالت میں عدسہ کے موخر غلاف میں بھی نقص ہوتا ہے۔ اور عدسہ کے قشری الیاف کی موخر سطح میں نزول الماء کی کیفیت موجود ہوتی ہے۔

شریان شفاف بعض اوقات مذکورہ غلاف کے ساتھ باقی رہ جاتی ہے۔ اس میں خون بھی موجود مل سکتا ہے اور عدسہ کی موخر سطح پر عروق بھی پائے جاسکتے ہیں۔ اس صورت میں اس کو غلطی سے ورم عصبی لیفی سمجھ لیا جاتا ہے بعض ماہرین اس کو کاذب ورم لیفی عصبی بھی کہتے ہیں۔ شریان شفاف کے باقی رہنے کی حالت کی خصوصیت یہ ہوتی ہے کہ خاکستری رنگ کا ایک غشائی حزمہ جس میں خون بھی ہو سکتا ہے، قرص بصری سے عدسہ تک آتا ہوا نظر آتا ہے

جب یہ موجود ہو تو سمجھنا چاہئے کہ زجاجیہ کی تکوین طبعی نہیں ہوئی۔ اس کا ایک حصہ طبعی ساخت سے مشابہ ہوتا ہے بینائی بعض حالتوں میں ذرا کم اور بعض حالتوں میں بالکل غائب ہو جاتی ہے کبھی پوری آنکھ طبعی حالت سے چھوٹی ہوتی ہے۔

زجاجیہ کے اندر طفیلی حیوانات
Parasites in the vitreous

آنکھ کے اندر ہندوستان میں دودہ کیسیہ شاذونادر پایا جاتا ہے۔ مگر دوسرے ممالک میں اکثر ملتا ہے۔ اس طفیلی حیوان کو زجاجیہ کے اندر منظارعین کے ذریعہ دیکھا جا سکتا ہے۔ جب یہ موجود ہوتا ہے تو زجاجیہ کے اندر لہردار نیم شفاف شکل میں نظر آتا ہے جس کے اندر حرکت دودیہ دکھائی دیتی ہے۔ اس کا نکالنا بہت ہی مشکل ہے۔ برلن کے آنکھ کے شفاخانہ میں میرے سامنے میرے پروفیسر نے نہایت ہوشیاری سے اسکو نکالا تھا مگر اس مریض میں اسوقت یہ طفیلی حیوان طبقہ شبکیہ و مشیمیہ کے درمیان میں موجود تھا۔

زرق الماء۔ نیلا پانی (Glaucoma)

زرق الماء آنکھ میں مختلف وجوہ سے بطور عرض کے ظاہر ہوتا ہے یعنی فی نفسہٖ یہ خود کوئی مرض نہیں، بلکہ ایک عرضی حالت ہے اس کی علامت یہ ہے کہ توترعین بڑھ جاتا ہے۔ پہلے بیان کیا جا چکا ہے کہ آنکھ کے اندر دباؤ کی زیادتی کے وجوہ کیا ہوتے ہیں اس جگہہ پر دوبارہ ہم اُن کو ذکر کرتے ہیں۔

(۱) رطوبت لمفادی کا آنکھ کے اندر زیادہ پیدا ہونا اور اُس کی نکاسی کا علیٰ حالہ باقی رہنا یا طبعی حالت سے بھی کم ہو جانا۔

(۲) آنکھ کے اندر سے رطوبت لمفادی کے اخراج میں سستی اور تاخیر۔ خواہ اُس کی پیدائش طبعی حالت میں ہو یا طبعی حالت سے بڑھ جائے۔

یہ امر متیقن ہے کہ توترعین کی زیادتی رطوبت لمفادی کی نکاسی سُست ہونے سے ظہور میں آتی ہے۔ مگر اسکے باوجود رطوبت لمفادی کی پیدائش میں زیادتی پیدا کرنے والے اسباب بھی اس کا سبب ہوتے ہیں، توترعین کو بڑھانے والے اسباب کی دو حالتیں ہیں۔

(۱) وہ حالت جس میں تو تر عین اوسط درجہ تک بڑھتا ہے۔ خزانہ مقدم کی گہرائی زیادہ ہو جاتی ہے۔ اور اس کے ساتھ جسم ہدبی کے التہاب کی علامتیں نمایاں ہوتی ہیں۔

(۲) دوسری حالت میں تو تر عین کی زیادتی کے مختلف مدارج ہوتے ہیں اور خزانہ مقدم کم گہرا ہوتا ہے۔ نیز اس کے ساتھ احتقان و خراش کی تمام علامتیں موجود ہونے کے باوجود جسم ہدبی کی التہابی علامتیں بالکل نہیں ہوتیں۔ یا صرف ثانوی طور پر پائی جاتی ہیں۔

ان دونوں حالتوں کو علیحدہ علیحدہ پہچاننا ضروری ہے۔ کیونکہ ان کے اسباب مختلف ہوتے ہیں اور ان کی مرضی کیفیتوں میں بھی فرق ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے ان کا علاج بھی ایک دوسرے سے مختلف ہے، زرق الماء کا پیدا ہونا دوسری حالت کے ساتھ زیادہ مناسبت رکھتا ہے۔

زرق الماء صادق (True glaucoma) اس کی دو قسمیں بیان کی جاتی ہیں (۱) ابتدائی (۲) ثانوی۔ پھر ابتدائی زرق الماء کی بھی دو قسمیں ہیں (۱) حاد (۲) مزمن، ابتدائی زرق الماء بغیر کسی ظاہری سبب کے ظہور میں آتا ہے۔

چونکہ ثانوی زرق الماء کی مرضی تشریح مکمل طور پر معلوم ہو چکی ہے۔ اور اس سے ہم کو ابتدائی زرق الماء کی مرضی حیثیت کے سمجھنے میں بھی مدد ملتی ہے اس لئے پہلے ثانوی زرق الماء کے متعلق بیان کیا جاتا ہے۔

ثانوی زرق الماء Secondary glaucoma اس کے قبل ہمکو معلوم ہو چکا ہے کہ التہاب جسم ہدبی و عینی کے سلسلہ میں تو تر عین کا بڑھنا اس امر پر منحصر ہے کہ خزانہ مقدم کے زاویہ ترشیح میں نقص ہوتا ہے۔ کیونکہ خزانہ مقدم کے اندر رطوبت مائی زیادہ گاڑھی ہو جاتی ہے۔ ثانوی زرق الماء ہمیشہ آلی رکاوٹوں کے سبب سے پیدا ہوتا ہے۔ عموماً یہ رکاوٹ قرنوی و جلیی اور عینی جار اتصال کے التصاقات کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے، جن کی وجہ سے زاویہ ترشیح بند ہو جاتا ہے، اور رطوبت کی نکاسی نہ ہو سکنے کی وجہ سے تو تر عین بڑھ جاتا ہے۔ زرق الماء کے پیدا ہونے کے لئے ضروری ہے کہ زاویہ کا محیطی بڑا حصہ تباہ ہو جائے۔ یہ التصاقی حالت بڑھ کر تمام محیط پر پیدا ہو جاتی ہے۔ ایسی صورت میں اس کی وجہ سے زاویہ بالکل بند ہو کر زرق الماء پیدا ہو جاتا ہے بعض اوقات یہ بھی دیکھا گیا کہ رباط مشطی عینی کی خلاؤں میں کریات بیضا ر پھنسکر ان کو بالکل بند کر دیتے ہیں اور رطوبت

کی نکاسی رک جاتی ہے جس کی وجہ سے ثانوی زرق الماء پیدا ہو جاتا ہے۔

گو کہ محیطی مقدم التصاقات ثانوی زرق الماء کا باعث ہوتے ہیں۔ تاہم یہ مختلف حالتوں کے ماتحت بھی پیدا ہوتا ہے۔ مگر یہ مختلف حالتیں مقدم یا موخر التصاقات کی مختلف قسمیں ہیں۔ جب عنبی اور قرنوی وصلبی نسیجوں میں التصاق مقدم لاحق ہوتا ہے تو عنبیہ کے آگے بڑھ آنے کی وجہ سے خزانہ مقدم چھوٹا ہو جاتا ہے۔ علاوہ ازیں جن اسباب کی وجہ سے التصاق لاحق ہوتا ہے وہ عنبیہ کے التہاب کا بھی باعث بنتے ہیں۔ ضربات و صدمات کی وجہ سے عنبیہ میں جب التہاب پیدا ہوتا ہے تو وہ ہمیشہ ملوّن قسم کا ہوتا ہے۔ اور اس میں التہابی ترشح بہت زیادہ پایا جاتا ہے بالآخر یہی ترشح نسیجوں میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ اور جب یہ زاویہ میں جمع ہو کر لیفی نسیجوں میں تبدیل ہو جاتا ہے تو اس کی وجہ سے عنبیہ کا التصاق اور بھی زیادہ مضبوط ہو جاتا ہے، بالآخر رطوبت کی نکاسی میں شدید نقص واقع ہوتا ہے جس کی وجہ سے زرق الماء پیدا ہو جاتا ہے۔ ایسی آنکھوں میں التہاب کا اعادہ بار بار ہوتا ہے۔ اور یہ التہاب مخفی طریقہ پر آہستہ آہستہ بڑھتا رہتا ہے اس کے ہر نئے حملہ پر خزانہ مقدم کا زاویہ زیادہ سے زیادہ مسدود ہو جاتا ہے۔ یہاں تک کہ زاویہ کا بقیہ حصہ اس قابل نہیں رہتا کہ اس میں سے مترشح رطوبت باہر نکل سکے۔ جس کا لازم نتیجہ یہ ہے کہ توترعین بڑھ جاتا ہے اور زرق الماء پیدا ہو جاتا ہے۔

ثانوی زرق الماء کے خاص اسباب ذیل میں درج کئے جاتے ہیں۔

(۱) قرنیہ کے قروح میں سوراخ ہو کر نتیجے کے طور پر مقدم التصاقات کا پیدا ہونا۔

(۲) قرنیہ کے اندر وخزی قسم کے قروح کا پیدا ہونا اور اس میں عنبیہ کا پھنس جانا۔

اپریشن کی وجہ سے بھی اس قسم کے زخم ہو سکتے ہیں مثلاً نزول الماء کے اپریشن میں قرنیہ میں شگاف دینے کی صورت میں خصوصاً جبکہ یہ شگاف قرنوی وصلبی جار اتصال پر واقع ہو یا اس سے باہر صلبیہ کے اندر واقع ہو۔ اس صورت میں یہ ضروری نہیں ہے کہ عنبیہ اور قرنوی وصلبی نسیج کے درمیان مقدم التصاق رونما ہو۔ بلکہ عدسی غلاف کے ساتھ بھی ایسا ہو سکتا ہے اور اس کی وجہ سے بھی ترشحات کا اجتماع عنبیہ کو آگے دھکیل دیتا ہے جو خزانہ مقدم کے زاویہ کو بند کر سکتا ہے۔ اپریشن کے بعد ثانوی زرق الماء کی دوسری وجہیں بھی ہو سکتی ہیں۔ مثلاً نزول الماء کے اپریشن کے بعد جب زخم کا اندمال نہ ہو تو ملتحمی بشرہ اندرونی جانب بڑھ کر عنبیہ کی سطح، عدسی غلاف اور قرنیہ کی موخر سطح پر

استر کرتا ہے۔ یہ حالت خصوصیت کے ساتھ مخدوش ہوتی ہے کیونکہ اس کی تشخیص مشکل ہی نہیں بلکہ ناممکن ہے۔

عنبیہ کا حلقہ نما التصاق موخر
Annular posterior synechia

جب اس قسم کا التصاق پایا جاتا ہے تو خزانہ موخر سے خزانہ مقدم میں رطوبت نہیں آسکتی۔ یعنی جو رطوبت لمفاوی جسم ہدبی سے مترشح ہوتی ہے وہ خزانہ موخر سے حدقہ عین کے راستے خزانہ مقدم میں پہونچ ہی نہیں سکتی۔ اس کی وجہ سے عنبیہ سامنے کو پھول آتا ہے۔ اور کناروں پر عنبیہ، قرنوی وصلبی جار اتصال کے ساتھ ملحق ہوجاتا ہے۔ بالآخر یہ الحاق التصاق میں تبدیل ہوجاتا ہے۔ لہذا جو رطوبت لمفاوی آنکھ کے اندر مترشح ہوتی ہے اس کے باہر نہ نکلنے کی وجہ سے آنکھ کا توتر بڑھ جاتا ہے۔ اگر اس رکاوٹ کا اپریشن کے ذریعہ تدارک نہ کیا جائے تو ثانوی طور پر زرق الماء پیدا ہوجاتا ہے اور آنکھ کی بینائی جاتی رہتی ہے۔ زیادہ عرصہ تک توترعین کے بڑھا رہنے سے ہدبی زوائد میں فسادی تغیرات پیدا ہوتے ہیں۔ اور ان سے لمفاوی رطوبت زیادہ نہیں پیدا ہوتی۔ اس وجہ سے توترعین دوبارہ طبیعی حالت پر آجاتا ہے۔ یا طبعی حالت سے بھی کم ہوجاتا ہے، اور آنکھ سکڑ کر چھوٹی ہوجاتی ہے۔ شروع شروع میں قطع عنبیہ کے ذریعہ اس کا علاج ہوسکتا ہے۔ اگر قطع عنبیہ کا اپریشن ممکن نہ ہو تو شق قرحی کرنا چاہئے۔ ایسا کرنے سے خزانہ مقدم و موخر کے درمیان تعلق قائم ہوجاتا ہے۔

عدسی جروح

اگر عدسہ مجروح ہوجائے تو پھول کر حجم میں بڑھ جاتا ہے۔ اور اس کی وجہ سے عنبیہ سامنے کو ابھر کر قرنیہ وصلبیہ سے متصل ہوجاتا ہے۔ اس کے علاوہ پھولا ہوا عدسہ خزانہ مقدم کی رطوبت میں موجود رہتا ہے اور اس رطوبت کے لئے اس مقام سے باہر خارج ہونے میں حائج ہوتا ہے۔ جہاں پر خزانہ مقدم کا زاویہ کھلا رہ جائے اس کے علاوہ خود رطوبت میں اجزاء بیضیہ کی زیادتی سے بھی یہ حالت رونما ہوتی ہے قرنیہ کی موخر سطح کے ساتھ محض عنبیہ کا لگا رہنا ہی مستقل طور پر ثانوی زرق الماء کے پیدا کرنے کے لئے کافی ہے، لہذا ایسی حالتوں میں فوراً اپریشن کردینا چاہئے۔ اگر اپریشن نہ کیا جائیگا تو قرنیہ کے ساتھ عنبیہ ملتصق ہوجائیگا۔ اور عدسہ کے جذب ہوجانے کے باوجود بھی مستقل طور پر زرق الماء پیدا ہوجائیگا۔

خلع عدسی
Dislocation of the lens

عدسہ کا مکمل خلع بھی ہوتا ہے مکمل خلع کی صورت میں عدسہ حدقہ عین سے نکل کر خزانہ مقدم میں پہونچ جاتا ہے۔

اور زاویہ ترشیح کو بند کر دیتا ہے یہ صورت اس وقت میں خصوصیت کے ساتھ پیدا ہوتی ہے جبکہ اس کے پیچھے عنبیہ شدید طور پر منقبض ہو۔ اگر جزئی اور جانبی خلع ہو تو جس طرف کو خلع واقع ہوتا ہے اُسی طرف عدسہ اپنے سامنے عنبیہ کو دھکیل دیتا ہے۔ چونکہ عدسہ کا محیط زاویہ ترشیح کے محیط سے زیادہ چھوٹا نہیں ہوتا، اس لئے زاویہ کا بہت بڑا حصہ مسدود ہو جاتا ہے اور ثانوی زرق الماء پیدا ہو جاتا ہے۔

آنکھ کے اندرونی سلعات

Intra ocular tumours

آنکھ کے اندر سلعات کی موجودگی میں زرق الماء کا پیدا ہونا مبہم ہے۔ مگر اکثر حالتوں میں سلعہ۔ عدسہ اور اس کے ساتھ عنبیہ کو آگے کی طرف دھکیل کر زاویہ ترشیح کو بند کر دیتا ہے۔ صغر سنی میں پیدا ہونے والے سلعات کی وجہ سے وریدی خون کی نکاسی آنکھ سے باہر کی طرف کو رک جاتی ہے اور توترعین بڑھ جاتا ہے۔

آنکھ کے اندر نزف الدم

Intra ocular haemorrhage

اگر زجاجیہ اور مشیمیہ کے اندر شدید نزف الدم لاحق ہو تو عدسہ اور عنبیہ کو زجاجیہ آگے کی طرف دھکیل کر قرنیہ سے ملحق کر دیتا ہے۔ اور اس کی وجہ سے آنکھ کے اندر ایسی رطوبت جمع ہو جاتی ہے جس میں اجسام بیضیہ کی زیادتی اس کو باہر نکلنے سے روکتی ہے۔ اگر ماؤف دموی عروق بڑے ہوں تو توترعین اسقدر بڑھ جاتا ہے کہ ضغطہ دموی کے برابر ہو جاتا ہے۔ شبکیہ کے نزف الدم کے بعد خاص قسم کا زرق الماء پیدا ہوتا ہے جس کا سبب بعض اوقات معلوم نہیں ہوتا اور کبھی اس کا باعث مرکزی ورید کا انسداد ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس کا سبب یہ بھی ہو کہ آنکھ کی لمفاوی رطوبت اُن ترشحات سے مختلط ہو جاتی ہے جن میں اجسام بیضیہ زیادہ موجود ہوتے ہیں۔ ان حالتوں کو اگرچہ ہم زرق الماء کے نام سے تعبیر کرتے ہیں۔ مگر بہتر یہ ہے کہ ان کے واسطے زرق الماء کی اصطلاح نہ استعمال کی جائے۔ اگر مختلف شفاف واسطوں کے غیر شفاف ہونے سے پہلے منظار عین کے ذریعے اس کا معائنہ نہ کیا جائے تو یہ حالت ابتدائی زرق الماء کی حالت سے پوری طرح متمیز نہیں ہو سکتی۔ ایسی حالت میں اگر قطع عنبیہ کا عمل کر دیا جائے تو شدید نزف الدم لاحق ہوتا ہے، اس لئے اس سے اجتناب ضروری ہے۔

ابتدائی زرق الماء

(Primary glaucoma)

ابتدائی زرق الماء کی وجہ اب تک معلوم نہیں ہوئی۔ مگر سب سے زیادہ

قرین قیاس نظریہ پرسٹیلے سمتھ (Priestley Smith) کا ہے۔ یہ اس کے سبب کو عدسہ کی طرف منسوب کرتا ہے ہمکو یہ معلوم ہے کہ عدسہ تمام عمر بڑھتا رہتا ہے اور جو خلا عدسہ کے محیط اور زوائد ہدبیہ کے درمیان ہوتی ہے وہ آہستہ آہستہ کم ہوتی جاتی ہے۔ گویا کہ جیسے جیسے عمر بڑھتی ہے یہ خلا رکم ہوتی جاتی ہے۔ اور اگر آنکھ بھی چھوٹی ہو تو یہ جوف اسقدر چھوٹا ہوجاتا ہے کہ زوائد ہدبی اپنے خفیف احتقان کی وجہ سے عدسے سے ملجاتے ہیں۔ جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ زوائد سے مترشح رطوبت خزانہ موخرہ سے حدقہ عین کے راستے خزانہ مقدم میں نہیں پہونچتی۔ اسی وجہ سے عدسہ خود سامنے کو ابھر آتا ہے اور اپنے ساتھ عنبیہ کو بھی سامنے کی طرف دھکیل دیتا ہے۔ ایسی حالت میں خزانہ مقدم کی گہرائی کم ہوجاتی ہے اور عنبیہ کا کنارہ قرنوی وصلبی جائے اتصال سے ملحق ہوجاتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ زاویہ ترشیح بند ہوجاتا ہے اور زرق الماء پیدا ہوجاتا ہے۔ اگر یہی حالت قائم رہے تو زرق الماء حاد لاحق ہوجاتا ہے اور اگر زاویہ پوری طرح بند نہ ہو تو زرق الماء تحت الحاد ہوتا ہے، فوری احتقان کی کمی سے یہ حالت یکایک درست ہوجاتی ہے۔ مگر دوبارہ احتقانی حالت پیدا ہونے پر زرق الماء پھر شروع ہوجاتا ہے اور مزمن زرق الماء پیدا ہوتا ہے۔ مذکورہ بیان سے معلوم ہوگا کہ "ماہر پرسٹیلے" کے نظریہ کی تائید مشاہدات سے بھی ہوتی ہے۔

ابتدائی زرق الماء آخر شباب میں یاسن رسیدہ اشخاص میں پیدا ہوتا ہے۔ مگر عام طور پر ۵۰ سال کی عمر میں یہ مرض لاحق ہوتا ہے۔ یہودیوں میں اس مرض کی خاص استعداد پائی جاتی ہے بعض اوقات موروثی طور پر بھی یہ مرض پایا جاتا ہے اور ایسی صورت میں ۵۰ سال سے قبل کی عمر میں بھی پیدا ہوسکتا ہے۔ ماہر نٹل شپ (Nettle ship) کے خیال کے مطابق آیندہ کی نسلوں میں گذشتہ نسلوں کے اعتبار سے جلد پیدا ہوتا ہے۔ عورتوں میں زیادہ پایا جاتا ہے۔ کیونکہ جسمانی نظام کے لحاظ سے یہ وریدی احتقان کی زیادہ استعداد رکھتی ہیں، طول بصر والی آنکھیں اس مرض میں زیادہ ماؤف ہوتی ہیں، مگر قصر بصر والی آنکھوں میں شاذونادر ہی لاحق ہوتا ہے۔

طول بصر والی آنکھوں میں بینائی کی خرابی کا سبب یہ نہیں ہے بلکہ آنکھ کا چھوٹا ہونا اس کا باعث بنتا ہے چھوٹی آنکھیں عموماً طول بصر والی ہوتی ہیں۔ اس لئے ایسی آنکھوں میں اس کے پیدا ہونے کا زیادہ امکان ہے، یہ ضروری نہیں کہ طول بصر والی آنکھ چھوٹی ہی ہو لیکن روزانہ کے تجربات سے یہی ثابت ہوتا ہے کہ ایسی آنکھیں ہمیشہ حجم میں طبعی آنکھ سے چھوٹی ہوتی ہیں۔ تجربہ سے یہ بھی ثابت ہوتا ہے کہ قرنیہ کا حجم گویا کہ زوائد ہدبیہ کے حلقے کے لئے

ایک قسم کا پیمانہ ہوتا ہے یعنی قرنیہ کے حجم سے محیط عدسی جوف کا اندازہ لگایا جاسکتا ہے۔ ایک ہی عمر کے متعدد مختلف مریضوں کی آنکھوں میں عدسہ کا حجم تقریباً یکساں ہوتا ہے۔ لہذا یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ جن آنکھوں میں قرنیہ کا حجم کم ہو اُن میں محیط عدسی جوف بھی چھوٹا ہوگا۔ اور ایسی آنکھوں میں زرق الماء کے لئے زیادہ استعداد ہوگی،

جیسے جیسے عمر بڑھتی ہے خزانہ مقدم گہرائی میں کم ہوتا جاتا ہے، اگر ایسے شخص کا طبقہ قرنیہ بھی چھوٹا ہو تو یقیناً خزانہ مقدم کا زاویہ ترشیح بھی چھوٹا ہوگا اور جب اس کے ساتھ رباط مشطی عنبی کے الیاف یا تجاویف بھی چھوٹی ہوں تو اُن میں سے رطوبت کی نکاسی بہ نسبت اس حالت کے بہت آہستہ آہستہ ہوگی جبکہ ان کے درمیانی رباط تجویفی کشادہ ہوں۔ سن رسیدہ اشخاص میں مشطی رباط کے الیاف دبیز ہوجاتے ہیں اور ان میں تصلب پیدا پیدا ہوجاتا ہے۔ اُن کی آنکھوں کا زاویہ ترشیح اگر ذرا بھی کم ہوجائے تو فوراً زرق الماء کا حملہ ہوسکتا ہے۔

کسی باسط حدقہ دوا کے ڈالنے سے عنبیہ جب اپنے محیطی کناروں پر چنٹ کی صورت میں جمع ہوجاتا ہے تو زاویہ ترشیح بالکل بند یا اتنا کم ہوجاتا ہے کہ زرق الماء لاحق ہوجاتا ہے۔ اسی لئے سن رسیدہ اشخاص میں باسط حدقہ ادویہ کا استعمال خطرناک ہوتا ہے۔ یہ خطرہ اس وقت خصوصیت کے ساتھ زیادہ ہوتا ہے جبکہ ان میں طول بصر موجود ہو۔ اور ان کا خزانہ مقدم طبعی حالت سے کم گہرا ہو۔

جن آنکھوں میں زرق الماء کی استعداد ہوتی ہے اُن میں نزول الماء کے ابتدائی مدارج میں جبکہ عدسہ پھول جاتا ہے تو زرق الماء لاحق ہوتا ہے۔ اصولی حیثیت سے چونکہ ایک شخص کی دونوں آنکھوں کی ساخت یکساں ہوتی ہے اسی لئے زرق الماء دونوں آنکھوں میں پیدا ہوتا ہے۔ مگر یہ ضرور ہے کہ پہلے ایک آنکھ اور بعد کو دوسری ماؤف ہوتی ہے۔

توتر عین کے بڑھنے سے حسب ذیل تبدیلیاں رونما ہوتی ہیں،

خزانہ مقدم جو کم گہرا ہوتا ہے وہ اور بھی پایاب ہوجاتا ہے۔ حاد مدارج کی ابتدا میں طبقہ عنبیہ، اصلبیہ و قرنیہ کے ساتھ صرف لگا رہتا ہے۔ مگر بعد کو اور مزمن زرق الماء کی حالت میں یہ اُن کے ساتھ ملتصق ہوجاتا ہے اور جس قدر زائد دیر تک حالت قائم رہتی ہے اُسی قدر یہ التصاق مستحکم ہوتا ہے۔ شروع شروع میں الصاقی ترشح التہاب کی وجہ سے ہوتا ہے اور بعد میں عنبیہ کی خلفی نسیج ضائع ہوجاتی ہے، نیز قناۃ شلیم کی اندرونی دیوار

”ی“

(بالکل غائب ہوگئی ہے) کے اوپر صرف شبکیہ کا رنگین بشرہ باقی رہ جاتا ہے، یہ بشری خلیات بھی فسادی تغیرات سے محفوظ نہیں ہوتے۔ اس کے سامنے کاذب زاویہ بن جاتا ہے۔ یہ زاویہ خصوصیت کے ساتھ اسوقت بنتا ہے جبکہ قرنیہ سے عنبیہ علیٰحدہ ہو جاتا ہے۔ مگر اس کاذب زاویہ سے رطوبت لمفاوی کی بالکل نکاسی نہیں ہوتی۔ توترعین کے بڑھنے سے آنکھ کا جو حصّہ سب سے زیادہ ماؤف ہوتا ہے وہ قرص بصری یا عصب بصری کا وہ حصّہ ہے جہاں پر کہ عصب بصری آنکھ کے اندر داخل ہوتا ہے۔

طبقہ مصفویہ (Lamina cribrosa) توترعین کی زیادتی کو عصبی بافتوں سے زیادہ برداشت کر سکتا ہے۔ مگر اس کے باوجود صلبیہ سے اس کی طاقت برداشت کم ہوتی ہے۔ اسوجہ سے یہ پیچھے کی طرف ہٹ جاتا ہے۔ اور اس کے ساتھ قرص بصری کی گہرائی زیادہ ہو جاتی ہے۔ ان تغیرات کا پہلا اثر یہ ہوتا ہے کہ قرص بصری اپنی طبعی ہمواری کو چھوڑ کر مقعر صورت اختیار کرتی ہے۔ یہاں تک کہ بتمامہ پیچھے کو چلی جاتی ہے عصبی الیاف شروع شروع میں تو ایک دوسرے کے ساتھ ملکر دبتے ہیں پھر دباؤ کی وجہ سے مضمور ہو جاتے ہیں۔ اور طبقہ مصفویہ سطح پر عریاں ہو جاتا ہے بالآخر اس کے کنارے ابھرے ہوئے معلوم ہوتے ہیں۔

زرق الماء میں قرص بصری کے سرے پر شریانوں میں ضربان محسوس ہوتا ہے۔ وریدی ضربان کو کوئی خاص اہمیت نہیں۔ مگر شریانی نبضات اس مقام پر ہمیشہ مرض کی علامت ہوتے ہیں۔ اگر توترعین زیادہ نہ ہو تو شریانی ضربان زیادہ نمایاں نہیں ہوتا۔ مگر اس حالت میں بھی اگر جفن کے اوپر دباؤ ڈالکر محسوس کیا جائے تو شریانی نبضات کا احساس ہوتا ہے۔ شریانی ضربات کی وجہ یہ ہے کہ عروق کی دیواروں پر دباؤ پڑتا ہے اور یہ عروق صرف اسوقت خون کو آگے دھکیلتے ہیں جبکہ دل کا بایاں بطن منقبض ہوتا ہے۔

آنکھ کے دوسرے حصص میں تغیرات کم نمایاں ہوتے ہیں۔ توترعین کی زیادتی کی وجہ سے شبکیہ کے عصبی الیاف والے طبقہ میں فساد پیدا ہوتا ہے مشیمیہ میں بھی فساد ہو جاتا ہے اور وہ پتلا پڑ جاتا ہے۔ مشیمیہ کے صرف بڑے عروق اس فساد سے محفوظ رہتے ہیں۔ آخری مدارج میں جسم ہدبی کے اندر بھی فساد لاحق ہوتا ہے جس کے بعد توترعین کی زیادتی رُک جاتی ہے کیونکہ اسوقت رطوبت کی پیدائش اور ترشح میں نقص لاحق ہو جاتا ہے۔ توترعین کی زیادتی کے احساسی ظواہر متعدد ہیں۔ ان کو ذیل میں بیان کیا جاتا ہے۔

(۱) مریض درد کی شکایت کرتا ہے، درد کا احساس اسوجہ سے ہوتا ہے کہ آنکھ کے حسی عصبی الیاف پر تناؤ پڑتا ہے۔

(۲) مریض کو روشنی کے گرد رنگ دار مختلف ہالے نظر آتے ہیں۔ جن کی وجہ یہ ہے کہ قرنوی الیاف کی انعطافی طاقت میں فرق آجاتا ہے۔ حدقہ عین معمولی طور پر منبسط ہوجاتا ہے اور غیر متحرک رہتا ہے۔ غالباً اس کا باعث یہ ہے کہ عنبیہ میں تہیج پایا جاتا ہے۔ اور ہدبی اعصاب پر دباؤ پڑتا ہے۔ کیونکہ یہ اعصاب مشیمیہ میں سے گزر کر یہاں پہونچتے ہیں، طاقت توفیق کی وسعت میں فرق آجاتا ہے۔ اگر بصر شیخوخت لاحق ہو تو اس صورت میں بہت زیادہ بڑھ جاتی ہے۔ اس کی زیادتی کا سبب وہ دباؤ ہوتا ہے جو عضلہ و اعصاب ہدبیہ پر پڑتا ہے شفاف واسطوں میں تکدر پیدا ہونے کی وجہ سے بینائی کم ہوجاتی ہے۔ اور خون کے دوران کی کمی سے شبکیہ و نیز قرص بصری کے الیاف پر دباؤ پڑتا ہے۔

شفاف واسطوں میں سحابی کیفیت کی پیدائش سب سے زیادہ قرنیہ میں ہوتی ہے۔ شروع میں اسکا باعث الیاف کی انعطافی طاقت کی کمی و بیشی ہے۔ اور بعد میں اس کا سبب تہیج ہوتا ہے۔ عصبی الیاف پر دباؤ پڑنے سے پہلے صدغی جانب کے شبکی الیاف پر اثر پڑتا ہے۔ اس سلئے بائیں جانب کے میدان بصر پر اس کا اثر ہوتا ہے بعد میں چاروں طرف سے میدان بصر چھوٹا ہوجاتا ہے اور بالآخر بینائی مفقود ہوجاتی ہے۔ یہ حالت تمام الیاف میں ضموری کیفیت کی وجہ سے رونما ہوتی ہے۔

حادزرق الماء Acute glaucoma

شدید اور حاد زرق الماء سے پہلے کچھ علامتیں پائی جاتی ہیں۔ مثلاً مریض شکایت کرتا ہے کہ بعض اوقات تھوڑی دیر کے لئے اس کی بینائی غائب ہوجاتی ہے۔ اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ آنکھ کے سامنے دھند چھاگئی اور پھر صاف ہوگئی ہے۔ تیز روشنی کی قندیلوں کے گرد قوس قزح کے رنگ دکھائی دیتے ہیں، آنکھ میں بےچینی کا احساس ہوتا ہے۔ اور ان علامتوں کے ساتھ سر میں درد عموماً پایا جاتا ہے۔ رفتہ رفتہ حملے پے درپے ہونے لگتے ہیں، اور عموماً رات کے وقت ایسا ہوا کرتا ہے۔ دماغی کسی پریشانی اور ہیجان کے بعد عام طور پر ظاہر ہوتے ہیں۔ مریض محسوس کرتا ہے کہ اسکو پہلے سے زیادہ طاقتور عینک کی ضرورت ہے۔ یہ حالت مہینوں اور سالہا سال قائم رہتی ہے

اگر ان علامات کی موجودگی میں معائنہ کیا جائے تو معلوم ہوتا ہے کہ قرنیہ میں خفیف سحابی کیفیت موجود ہے جسکی وجہ سے اس کا رنگ نیلگوں نظر آتا ہے یا ایسے شیشے کی طرح معلوم ہوتا ہے جس پر سردی کے زمانے میں زور سے سانس پھینکی گئی ہو اور وہ شیشہ گندلا ہو گیا ہو۔

اگر میدان بصر کا معائنہ خصوصیت کے ساتھ حملوں کے درمیانی وقفات کے زمانے میں کیا جائے تو انفی جانب میدان بصر میں کسی قدر کمی معلوم ہوتی ہے، مگر مرکزی بصارت بالکل درست ہوتی ہے۔ حاد زرق الماء اچانک شروع ہوتا ہے جس کا باعث وریدی احتقان ہو سکتا ہے، جو مختلف مذکورۃ الصدر حالات میں پیدا ہوتا ہے۔ مزمن قبض حیض کی خرابیاں، زیادہ کھانا، شراب نوشی، یا آنکھ میں ناشر حدقہ دواؤں کے ڈالنے سے اس مرض کا دورہ اور تکلیف بڑھ جاتی ہے اور دوسری آنکھ میں بھی یہی حالت پیدا ہو سکتی ہے، آنکھ میں شدید درد ہوتا ہے۔ خصوصیت کے ساتھ اس درد کا احساس اُن مقامات پر زیادہ ہوتا ہے جہاں عصب جمجمی خامس کی شاخیں پہونچتی ہیں۔ درد اسقدر شدید ہو سکتا ہے کہ اس کی وجہ سے قے ہو جائے۔ بعض اوقات اس حالت کو غلطی سے صفراوی حملوں کی طرف منسوب کر دیا جاتا ہے۔ حرارت جسمانی طبعی حالت سے زائد ہو سکتی ہے اس کے علاوہ جسمانی تکلیفات اسقدر شدید ہوتی ہیں کہ مریض صاحب فراش ہو جاتا ہے۔ نبض بے قاعدہ چلتی ہے اور کبھی کبھی نبض کے دو ایک نبضے غائب ہو جاتے ہیں۔ بینائی تیزی کے ساتھ کم ہوتی جاتی ہے۔ یہاں تک کہ چند گھنٹوں کے بعد مریض صرف ہاتھ کو دیکھ سکتا ہے۔ اکثر مریضوں کی دونوں آنکھوں میں یہ مرض ایک ساتھ لاحق ہوتا ہے۔

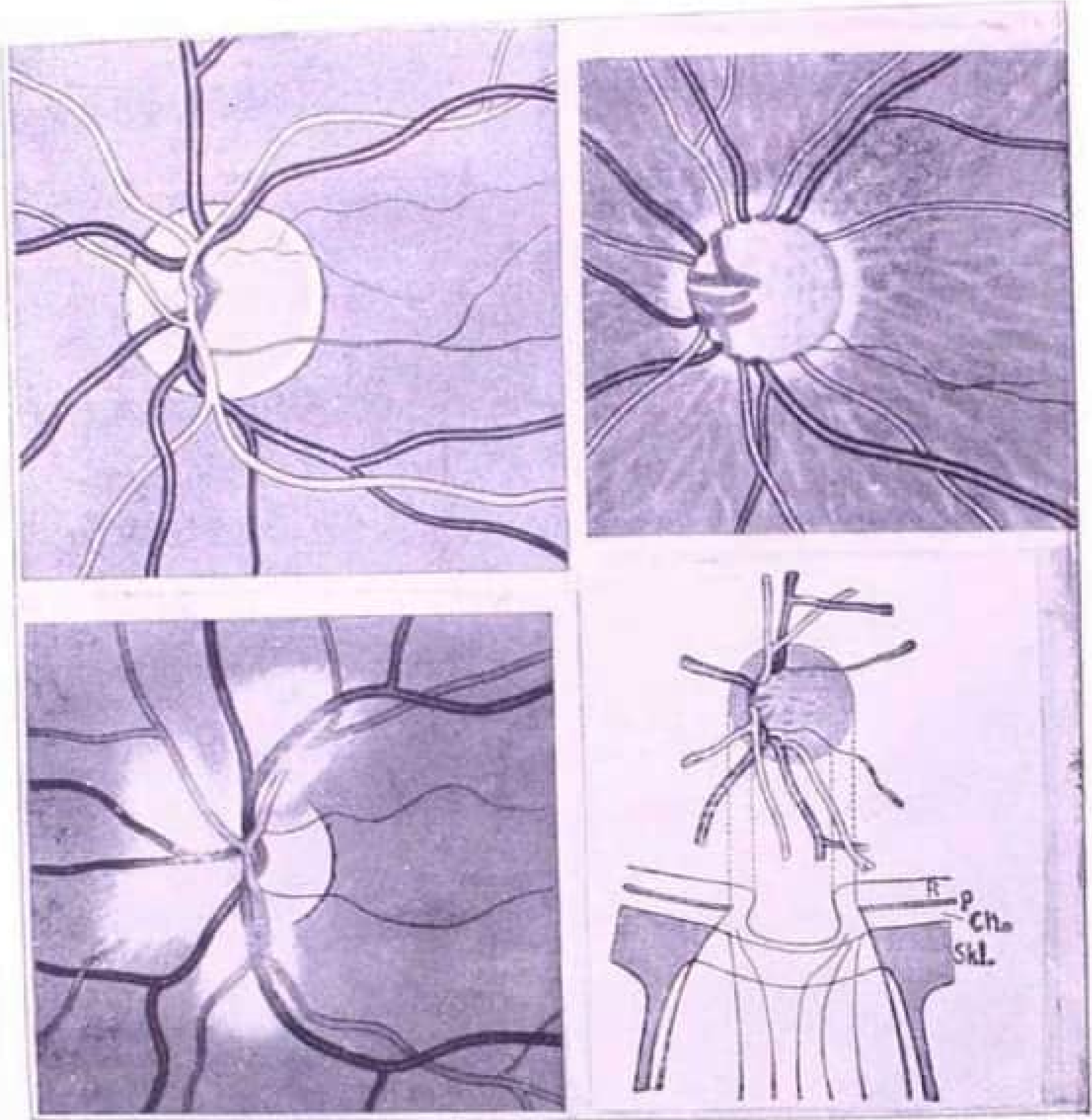
معائنہ مرئی۔ مرئی معائنہ میں اجفان اور ملتحمہ کے اندر کسی قدر تہیج نظر آتا ہے۔ ملتحمہ میں زبردست احتقان دموی ہوتا ہے۔ اور اس کا رنگ خاکستری سُرخ ہو جاتا ہے کیونکہ وریدیں انبساطی حالت میں ہوتی ہیں۔ ہدبی احتقان نمایاں ہوتا ہے۔ قرنیہ کی حالت سحابی کیفیت لئے ہوتی ہے۔ اور اس کی حس کم ہو جاتی ہے۔ خزانہ مقدم کی گہرائی بہت کم ہو جاتی ہے، عنبیہ کا رنگ خراب اور حدقہ بین اوسط درجہ کا منبسط اور بیضوی ہوتا ہے جس کا عمودی قطر لمبا ہوتا ہے۔ توفیقی ردعمل اور نوری انعکاس دونوں غائب ہوتے ہیں۔ بمنظار العین سے امتحان ممکن نہیں ہوتا، کیونکہ طبقہ قرنیہ غیر شفاف ہو جاتا ہے۔ توترعین بہت زیادہ بڑھ جاتا ہے۔ اس کے ابتدائی مدارج میں صادق التہاب نہیں ہوتا اس لئے اس کو التہابی زرق الماء کہنا غلطی ہے۔ اگر احتقانی زرق الماء اس کا نام رکھا جائے تو بہتر اور

مناسب ہے۔

اگر اپریشن کے ذریعہ فوری علاج نہ کیا جائے تو بینائی کی کمی کا انحصار حملہ کی شدت اور مدت پر ہے۔ بینائی کلیتاً بھی ضائع ہوسکتی ہے بعض اوقات اس حالت کے بہتر ہونے سے پہلے ہی درد میں کمی ہو جاتی ہے۔ میدان بصر کا سکڑ جانا اس کا خاص نتیجہ ہے۔ اس مرض کے مختلف مدارج ہوتے ہیں چنانچہ اس کا نہایت ہلکا اور خفیف حملہ بھی ہوتا ہے اور اسقدر شدید بھی ہوتا ہے کہ بینائی بالکل ضائع ہو جاتی ہے۔ توترعین ہمیشہ کے لئے کسی قدر بڑھا رہتا ہے، دموی احتقان اور خراش بھی کچھ نہ کچھ قائم رہتی ہے۔ حدقہ عین کا عمل نہایت سست ہوتا ہے۔ عنبیہ مضمور ہو جاتا ہے۔ لیکن پہلے عنبیہ کے بعض حصص میں ضمور لاحق ہوتا ہے اور بعد میں تمام عنبیہ مضمور ہو جاتا ہے۔

اس حالت میں منظار العین سے امتحان کیا جاسکتا ہے۔ اس سے امتحان کرنے پر بعض اوقات قرص بصری مقعر حالت میں ملتی ہے۔ اور کبھی اس کے مقعر ہونے کا پتہ نہیں چلتا۔ اس کے تقعر کا انحصار حاد حملہ کے قبل اور بعد کے بڑھے ہوئے توترعین کی مدت پر ہوتا ہے۔ صرف ایک ہی حملہ کے بعد قرص بصری مقعر نہیں ہوتی، اسی طریقہ سے تھوڑی ہی دیر تک توترعین کے بڑھے رہنے سے بھی مقعر نہیں ہوتی۔

کلیہ قاعدہ کے طور پر یاد رکھنا چاہئے کہ آنکھ کے تمام امراض میں دونوں آنکھوں کا معائنہ ضرور کریں۔ معائنہ کرنے پر معلوم ہوگا کہ اگر ایک آنکھ میں حاد زرق الماء موجود ہو تو دوسری آنکھ میں عرصہ سے مزمن زرق الماء پایا جائیگا اس صورت میں قرص بصری بہت نمایاں طور پر مقعر ہوتی ہے۔ جن وجوہ سے ایک آنکھ میں حاد حالت پیدا ہوئی ہے ان ہی کے ماتحت دوسری آنکھ میں بھی یہی حالت پیدا ہوسکتی ہے۔ زرق الماء کا درد اور اپریشن کے تفکرات دوسری آنکھ میں بھی مرض کے خطرات کو بڑھا دیتے ہیں۔ دوسری آنکھ کے لئے حفظ ماتقدم کی تمام تدابیر اختیار کرنا چاہئے۔ لہذا بہتر ہے کہ دوسری آنکھ میں ایک قطرہ "ایسرین محلول" کا ڈالا جائے اور روزانہ یہی عمل جاری رکھا جائے تاکہ عنبیہ حالت انقباض میں رہے، قرص بصری اگر مقعر حالت میں ہو تو اس کو فوراً معلوم کرنا، خصوصاً مرضی حالت میں اس کی تقعیر کو پہچاننا نہایت ضروری ہے۔ قرص بصری کی مرضی تقعیر اسکی طبعی تقعیر سے مختلف ہوتی ہے چونکہ قرص بصری کی تقعیر کی دونوں حالتوں میں بہت زیادہ تشابہ ہوسکتا ہے اس لئے تشخیص میں غلطی کا امکان ہے۔ اگر طبعی حالت میں ناحق اپریشن کردیا جائیگا تو بہت زیادہ تکلیف کا باعث ہوگا۔ لہذا ان دونوں حالتوں کے فرق کو بخوبی سمجھ لینا چاہئے۔ طبعی حالت میں اس کی



(۱) قرص بصری اور اسکے عروق کی شاخیں

(۲) زرق الماثی قعر قرص بصری- عروق ٹوٹے ہوئے معلوم ہوتے ہیں

(۳) قرص بصری کے گرد الیاف عصبی جنکے غلاف موجود ہیں-

(۴) قعر قرص بصری (عضوی) مقابلہ کرنے کیلئے-

تقعیر کناروں تک پہونچتی ہے۔ اور اس کے کنارے بالکل سیدھے اور اوپر کو جاتے ہیں۔ مگر پیالے کے اوپر بڑھتے ہوئے نہیں معلوم ہوتے۔ اور شبکی عروق دموی ایسے معلوم ہوتے ہیں کہ وہ اس پیالے پر سے گذرنے پر ٹوٹ گئے ہیں۔ اگر ان کو مرکز میں لاکر دیکھا جائے تو وہ صاف طور پر دکھائی نہیں دیتے۔ یہ کسی حدتک فراخ اور زردی مائل ہوتے ہیں، جب کنارے بہت بڑھے ہوئے ہوں تو اوپر کو آتے ہوئے اُن کا کچھ حصہ پوشیدہ کر دیتے ہیں۔ منظار العین کے ذریعہ بلا واسطہ طریقہ پر معائنہ کرنے سے کنارے کے عروق اور پیالے کے اندر کے عروق کی سطح کا صحیح اندازہ ہوسکتا ہے۔

جسوقت زرق المار کے ماتحت قرص بصری پیالہ نما شکل اختیار کرتی ہے اسوقت تک عصب بصری میں سفید ضمور لاحق ہوجاتا ہے۔ اسی لئے اگر صرف ضموری کیفیت عصب بصری میں موجود ہو اور توترعین بڑھا ہوا نہ ہو تو اس حالت کو خفیف زرق المائی پیالے سے تشخیص کرنا مشکل امر ہے۔ لیکن جب پیالہ بڑا اور گہرا ہو تو یقیناً یہ زرق المار کی حالت کی وجہ سے ہے۔ زرق المائی پیالہ جب کم گہرا ہو تو قرص بصری کا رنگ گلابی ہوتا ہے۔ اور ضموری پیالے کا رنگ سفید ہوتا ہے۔ ابتدائی مدارج میں نہایت غور و خوض کے ساتھ اس امر کا فیصلہ کرنا چاہئے، میدان بصر کا امتحان کرنے سے صحیح حالت معلوم ہوجاتی ہے۔ کیونکہ زرق المار کی ابتدائی حالت میں میدان بصر بھی سکڑ جاتا ہے۔ اور ضموری کیفیت کی وجہ سے جب سکڑتا ہے تو ہم مرکز دائروں کی صورت میں سکڑا کرتا ہے۔

اگر زرق المار کا علاج نہ کیا جائے تو یہی زرق المار آخری مدارج میں کلی صورت اختیار کرلیتا ہے۔ اس حالت میں آنکھ کی بینائی بالکل ضائع ہوجاتی ہے اور قرنیہ کے چار طرف نیلگوں سرخ ایک رقبہ پایا جاتا ہے۔ قرنیہ صاف شفاف ہوتا ہے مگر حس اس میں موجود نہیں ہوتی۔ اس کے اوپر خفیف آبلے مل سکتے ہیں۔ اور بعض اوقات خیوط بھی نظر آتے ہیں خزانہ مقدم کی گہرائی بہت کم ہوجاتی ہے عنبیہ منبسط ہوتا ہے۔ اور اسپر ضموری کیفیت طاری ہوتی ہے حدقی کناروں میں التوائی حالت پائی جاتی ہے۔ اور حدقی حصہ بجائے سیاہ ہونے کے خاکستری یا سبزی مائل ہوجاتا ہے۔ قرص بصری پیالہ نما مقعر حالت میں ہوتی ہے۔ اور آنکھ میں اینٹ یا پتھر کی طرح سختی پائی جاتی ہے۔ اس قسم کی آنکھ متالم ہوتی ہے۔ اور کبھی کبھی اس میں رہ رہ کر درد ہوتا ہے۔ لیکن اس درد کے باوجود مریض آنکھ کو نکلوانا پسند نہیں کرتا۔ آنکھ کو اگر اس حالت میں نکلوا نہ دیا جائے تو اُس کے اندر فسادی تغیرات رونما ہوجاتے ہیں۔ ان تغیرات کو خاص طور پر ذہن نشین کرلینا چاہئے جو توترعین کی زیادتی سے صلبیہ کے پھٹ جانے کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں،

اسی وجہ سے عنبۃ الصلبیہ (Staphyloma) پیدا ہو جاتا ہے۔ اور یہ جسم ہدبی کے نزدیک یا آنکھ کی سمت لراس پر ظاہر ہوتا ہے۔ اس کو ہم ہدبی یا استوائی عنبہ کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔ تشریحی تحقیقات سے معلوم ہوا ہے کہ ہدبی انتفاخ دو قسم کا ہوتا ہے۔ اس کی ایک قسم وہ ہے جس میں کہ قرنیہ و صلبیہ پھول جاتا ہے اور عنبیہ بھی اُسکے اندر شامل ہوتا ہے اور ملتصق ہو جاتا ہے۔ اس حالت میں انتفاخ کے مقدم کنارے سے خزانہ مقدم کے اندر عنبیہ بڑھا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ اور جسم ہدبی اس کے مقدم کنارے پر واقع ہوتا ہے۔ اس کی دوسری قسم کو صادق ہدبی انتفاخ کہتے ہیں۔ اس حالت میں ہدبی حصہ باہر کو پھول جاتا ہے۔ اور جسم ہدبی اس انتفاخ کے اندر کیطرف استر کرتا ہے۔ اور اکثر حالتوں میں دونوں حصے اس انتفاخ کے اندر موجود ہوتے ہیں۔

استوائی انتفاخ صلبیہ صرف اُس وقت دکھائی دیتا ہے جبکہ آنکھ کو ایک طرف خوب پھیر لیا جائے۔ اور ساتھ ہی اس کے اجفان کو بھی علیحدہ علیحدہ کر کے معائنہ کیا جائے۔ وہ مقامات جہاں پر کہ اوردہ دوامہ صلبیہ کے اندر سوراخ کر کے داخل ہوتی ہیں کمزور ہو جاتے ہیں۔ اور وحشی عضلات اس مقام کی کمزوری کو رفع کرنے کے لئے موجود نہیں ہوتے اس کی دیوار بعض اوقات کاغذ کی طرح باریک ہو جاتی ہے۔ ایسی صورت میں معمولی چوٹ لگ جانے کے بعد بھی اس کے پھٹ جانے کا خطرہ رہتا ہے۔ جلد یا دیر کے بعد کلی زرق الماء والی آنکھوں کا توترمین طبعی حالت پر آجاتا ہے یا طبعی حالت سے بھی کم ہو جاتا ہے۔ اس کا باعث آنکھ کی دیواروں کا کھینچنا یا جسم ہدبی کے فسادی تغیرات کا ظہور ہوتا ہے جس کی وجہ سے رطوبت کا ترشح کم یا بالکل بند ہو جاتا ہے۔ عموماً مذکورہ دونوں اسباب برسر کار ہوتے ہیں۔ بالآخر یہ آنکھ سکڑ کر ضموری شکل اختیار کرتی ہے، اگر زیادہ تر یہ ہوتا ہے کہ قرنیہ میں قرحہ پیدا ہو جاتا ہے۔ کیونکہ قرنیہ کے اندر فساد پیدا ہونے کی وجہ سے اس کی قوت مدافعت کم ہو جاتی ہے۔ قروح ساعیہ بھی پیدا ہو جاتے ہیں، جن کے ساتھ خزانہ مقدم میں صدیدی ترشح پایا جاتا ہے۔ التہاب کل العین یا ضمور عین بطور نتیجہ کے لاحق ہو جاتے ہیں۔

تشخیص حاد زرق الماء کو غلطی سے التہاب عنبیہ سمجھا جا سکتا ہے۔ اس کی تشخیص فارقہ عنبیہ کے امراض میں بیان کی گئی ہے۔

علاج حاد زرق الماء کا فوراً علاج کیا جائے اور فوراً توترمین کو کم کرنا بھی ضروری ہے جو کہ قطع عنبیہ کے

ذریعہ ممکن ہے۔ اس کے علاوہ بقیہ تمام تدابیر اکثر مریضوں میں ناکام ثابت ہوتی ہیں۔ لہذا دوسری تدابیر کو عرصہ تک جاری رکھیں مگر قطع عنبیہ کا عمل نہ کرنا مناسب نہیں۔ بلکہ فوراً اپریشن کر دینا چاہئے۔ لیکن مشکل یہ ہے کہ حاد حالت میں اپریشن کے لئے مواقع غیر اطمینان بخش ہوتے ہیں۔ کیونکہ ملتحمہ میں تہیج ہوتا ہے، خزانہ مقدم بہت کم گہرا ہوتا ہے۔ اور تیاری کے لئے زیادہ وقت نہیں ہوتا۔

قرنیہ کے تناؤ کی وجہ سے مقامی تخدیر موثر نہیں ہوتی۔ لہذا کلوروفارم سنگھانے کی ضرورت پڑتی ہے عام جسمانی تکالیف اور حرکات قلب کی بے قاعدگی کی وجہ سے کلوروفارم کا دینا خطرہ سے خالی نہیں ہوتا، یہ ممکن ہے کہ معالج تخدیر عمومی کے خلاف ہو لیکن ایسا کرنے میں وہ غلطی پر ہے۔ لہذا اگر مقامی تخدیر سے کام لیں تو مجری کی گہری نیسجوں میں غائر طور پر مقامی تخدیر کے لئے "نوووکین" کی تلقیحات استعمال کریں۔ مناسب ہے کہ پہلے کچھ دیر کے لئے دوسری تدابیر سے کام لیں، پہلے ۳۰ منٹ تک لیکن ہر پانچ منٹ کے بعد ایسرین کا محلول ایک فی صدی طاقت والا آنکھ میں ڈالا جائے۔ اگر دوسری آنکھ میں بھی ایک قطرہ ڈال دیں تو بہتر ہے۔ اس کے بعد ہر آدھ گھنٹہ پر ایک قطرہ ایسرین محلول کا آنکھ میں ڈالتے رہیں۔ یہاں تک کہ توترعین کم ہو جائے یا اپریشن کا فیصلہ کر لیا جائے۔ اس دوران میں آنکھ کو حسبقدر گرم محلول سے دھو سکیں دھوتے رہیں۔ اس سے درد کسی حد تک کم ہو جاتا ہے۔ اگر علاج کے شروع کر دینے کے گھنٹہ دو گھنٹہ بعد آرام کی کوئی صورت نظر نہ آوے یعنی حدقہ عین اچھی طرح منقبض نہ ہو اور توترعین میں کمی نہ آئے تو فوراً قطع عنبیہ کا عمل اختیار کریں۔ موخر حصّہ میں شق صلبیہ کرنے سے بھی عارضی طور پر فائدہ ہوتا ہے۔ کیونکہ اس سے توترعین کم ہو جاتا ہے اور قطع عنبیہ کے لئے کافی وقت مل جاتا ہے۔ اس عمل سے خزانہ مقدم کی گہرائی زیادہ ہو جاتی ہے اور قطع عنبیہ آسانی سے کیا جا سکتا ہے۔

قطع عنبیہ یا قرنیہ وصلبیہ کے جار اتصال پر عمل نقب (Trephining) زیادہ مناسب ہے۔ مذکورہ عارضی علاج کے متعلق ماہرین کا خیال ہے کہ ایسا کرنے سے مریض کی حالت بہتر ہو جاتی ہے اور پھر وہ اپریشن کرانے سے انکار کر دیتا ہے۔ یہی خیال موخر شق صلبیہ کے متعلق بھی ہے۔ اگر اس کا امکان ہو تو مریض کے فائدے کے لئے ضروری ہے کہ بجائے اس عارضی علاج کے جرحی عمل یعنی قطع عنبیہ کا عمل ضرور کر دیا جائے۔ قطع عنبیہ اور عمل نقب زیادہ بہتر ہیں کیونکہ ان سے سداد بصر کا آئندہ کم خطرہ رہتا ہے اگر کیس دمی میں کیس مخاطی موجود ہو تو

دونوں تقاطعوں میں ٹانکا لگا دیا جائے۔ یا اس کو مکواۃ حدیدہ سے جلا دیں۔ اگر دونوں آنکھوں میں زرق الماء ہو تو دونوں آنکھوں کا اپریشن ایک ہی ساتھ مناسب ہوگا۔ مگر زرق الماء کے علاوہ کسی دوسرے مرض میں ایسا نہیں کیا جاتا قطع عنبیہ کے بعد انذار مرض بہتر ہوتا ہے۔ بشرطیکہ اس عمل کو جلد انجام دیدیں، بعض ماہرین حاد اور مزمن زرق الماء میں عمل ثقب اختیار کرتے ہیں۔ ہمارا تجربہ ہے کہ اس عمل میں مشکلات زیادہ ہوتی ہیں۔ اور قطع عنبیہ سے نتائج اچھے رونما ہوتے ہیں۔ قطع عنبیہ کا عمل سب سے پہلے "فان گریف" نے کیا۔ اس کا خیال تھا کہ اس عمل سے طبعی آنکھ کا توتر کم ہو جاتا ہے۔ چونکہ زرق الماء کی حالت میں بھی توتر کا کم ہو جانا ضروری ہے۔ اسی وجہ سے زرق الماء میں اسکا مفید ہونا بھی لازم امر ہے۔ مگر "فان گریف" کا یہ خیال کہ "طبعی آنکھ میں قطع عنبیہ سے اس کا توتر کم ہو جاتا ہے" غلط ہے۔

اس عمل کے مفید ہونیکا راز یہ ہے کہ قطع عنبیہ سے زاویہ نکاسی دوبارہ کھل جاتا ہے۔ اور توتر عین کو کم کر دیتا ہے حاد زرق الماء کے ابتدائی درجات میں طبقہ عنبیہ صرف قرنیہ اور صلبیہ کے ساتھ لگا ہوتا ہے۔ اور اپریشن کرتے ہوئے یہ اپنی جگہ سے ہٹ جاتا ہے اس لئے زاویہ کا انسداد رفع ہو جاتا ہے۔ نیز چونکہ قطع عنبیہ میں عنبیہ کو کنارے تک کاٹ دیا جاتا ہے۔ اس لئے اس مقام پر زاویہ بالکل کھل جاتا ہے بعض لوگوں کا خیال ہے کہ عنبیہ کے قطع کردہ سرے بھی رطوبت کو جذب کرنے میں بڑی مدد کرتے ہیں۔ کیونکہ عنبیہ کے زخم کے اندمال پر اس جگہ یعنی ندبی ساخت پیدا نہیں ہوتی اور نسیج خللی کی تجاویف خزانہ مقدم کے ساتھ ملی رہتی ہیں۔

کلی زرق الماء میں درد کو کم کرنے کی بہترین تدبیر یہ ہے کہ آنکھ کو گرم پانی سے خوب دھوئیں۔ اور اسپرین کھانے کو دیں۔ اگر ممکن ہو تو آنکھ کو نکال دینے کے لئے مریض سے اجازت حاصل کرلیں۔ اس حالت میں توتر عین کو کم کرنے کے لئے عمل ثقب یا کشط قزحی کا عمل بے سود ہوتا ہے۔ کیونکہ اس کا ہمیشہ امکان ہوتا ہے۔ کہ اس حالت کو پیدا کرنے والا کوئی سلعہ نہ ہو جو عام طور پر خبیثہ ہوا کرتا ہے۔ مزمن زرق الماء کو بسیط زرق الماء بھی کہتے ہیں حقیقتاً یہ مرض حاد ابتدائی زرق الماء ہے، شدت کے تمام مدارج اس میں پائے جاتے ہیں مگر نہایت خفیف اس کی زیادہ مزمن قسمیں اسقدر خفی ہوتی ہیں کہ ان کو پہچاننے میں نہایت غور وخوض کی ضرورت ہوتی ہے۔

مریض یہ شکایت بیان کرتا ہے کہ کچھ دیر کے لئے اس کی بینائی بالکل خراب ہو جاتی ہے۔ اور بینائی کی تیزی بتدریج کم ہوتی جاتی ہے بعض مریض یہ بھی بیان کرتے ہیں کہ ان کو روشن اجسام کے گرد رنگین ہالہ نظر آتا ہے بعض

مریضوں میں بینائی نہایت آہستہ آہستہ کم ہوتی ہے۔

ممکن ہے کہ پہلی مرتبہ امتحان کرنے پر آنکھ بالکل طبعی معلوم ہو۔ کبھی مقدم ہدبی وریدین میں احتقان پایا جاتا ہے۔ حدقہ عینی کسی قدر منبسط ہوتا ہے۔ اور اس کا فوری ردعمل بہت سست ہوتا ہے۔ اگر کسی آنکھ میں طبقہ قرنیہ بہت چھوٹا ہو تو اس میں زرق المار کی موجودگی کا شک کرنا چاہئے۔ اگر اسی کے ساتھ مریض کو طول بصر بھی لاحق ہو تو زرق المار کا احتمال اور بھی قوی ہوجاتا ہے۔ ایسی آنکھ میں ممکن ہے کہ توتر عین طبعی حالت میں ہو۔ اور جب بینائی میں تکدر کے اثرات پائے جائیں تو صرف اسی وقت توتر عین بڑھا ہوا ہو اس لئے متعدد بار مریض کی آنکھ کا معائنہ کرنا چاہئے۔ دن کے مختلف اوقات میں خصوصاً دوروں کی صورت میں معائنہ کیا جائے جسی معائنہ میں مرکزی بصارت کے اندر کسی قسم کی خرابی کے نہ پائے جانے کا امکان ہے۔ لہذا ضروری ہے کہ ایسے مریضوں کے میدان بصر کا معائنہ غور سے کیا جائے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ میدان بصر میں انفی جانب تبدیلیاں باقاعدہ ہوں یا اس کے اندر دندانہ ہوں جن کی چوٹیاں مرکز کی طرف ہوں۔

یہ جزئی نقائص اوپر یا نیچے کے حصہ میں ہوتے ہیں۔ آخری مدارج میں میدان بصر زیادہ سکڑ جاتا ہے۔ یہانتک کہ صدغی حصہ میں مرکز کے نزدیک صرف ایک چھوٹے رقبہ میں تھوڑی بینائی باقی رہ جاتی ہے۔ مرکزی بصارت مفقود ہوجاتی ہے۔ انفی جانب میدان بصر کے سکڑنے سے پہلے اگر خاص تدابیر بروئے کار لائی جائیں تو میدان بصر کے نقشے میں ایسے رقبہ جات ملتے ہیں جن میں بصارت نہیں ہوتی، ان کو ہم عتمہ (Scotoma) کہتے ہیں، اگر ماہر "بجرم" کے سترہ (Bjerrum's screen) پر میدان بصر کا نقشہ لیا جائے یا بصارت کا امتحان "عتم پیما" (Scotome ter) کے ذریعہ کیا جائے تو "بقعہ عمیا" (Blind spot) سے ملا ہوا حصہ نقص والا ہوتا ہے۔ یہ عتم بصری "بقعہ عمیا" سے اوپر یا نیچے کی طرف انحنائی شکل میں پائے جاتے ہیں۔ بعض اوقات دائرے کی شکل اختیار کرتے ہیں۔ اس کی وجہ ان الیاف کی خدش ہے جو قرص بصری کے نزدیک ہوتے ہیں۔ انہی الیاف کی تباہی سے میدان بصر کے نقشہ میں خاص قسم کا صاف افقی دندانہ پیدا ہوتا ہے جو میدان بصر کے انفی جانب سے "عتمہ بصری" تک جاتا ہے اس کی ابتدائی علامت یہ ہے کہ ذرا سا حصہ "بقعہ عمیا" سے بڑھتا ہوا دکھائی دیتا ہے جس کا مقعر حصہ شبکیہ کے مرکزی جانب ہوتا ہے۔

مزمن زرق الماء کے مریض کم یا زیادہ روشنی میں دیکھنے کے تھوڑی دیر میں عادی ہو جاتے ہیں منظار عین سے معائنہ کرنے پر ان کی "قرص بصری" مقعر معلوم ہوتی ہے۔ مگر اس کی تقعیر اسقدر کم ہوتی ہے کہ بعض اوقات نظر انداز ہو جاتی ہے۔ اور ان کا میدان بصر خاص طور پر خراب ہوتا ہے۔

ابتدائی زرق الماء۔ جلد یا دیر میں دونوں آنکھوں میں شروع ہوتا ہے۔ مگر ایک آنکھ میں مرض بہت بڑھا ہوا معلوم ہوتا ہے۔ بعض اوقات بچوں میں اس کی مزمن حالت پائی جاتی ہے اس کے مریضوں کی تعداد مردوں اور عورتوں دونوں کے لحاظ سے یکساں ہوتی ہے۔ کبھی کبھی قصر بصر والی آنکھوں میں بھی لاحق ہوتا ہے۔

اب تک اس امر کا ثبوت نہیں مل سکا کہ مزمن زرق الماء بڑھتے ہوئے ضغطہ دموی کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ حالانکہ سن رسیدہ اشخاص جو زرق الماء میں مبتلا ہوتے ہیں ان کا ضغطہ دموی بڑھا ہوا ضرور ہوتا ہے اور اس میں بھی کوئی شک نہیں کہ ضغطہ دموی کے ساتھ توترعین کم و بیش ضرور بڑھا ہوتا ہے مگر ضغطہ دموی میں تبدیلیوں کی وجہ سے توازن کو قائم رکھنے کے لئے ترشحات کی کمی یا زیادتی اسکو بہت جلد درست کر دیتی ہے۔

تشخیص۔ مزمن زرق الماء کو غلطی سے "نزول الماء" یا "ضمور عصب باصرہ" سمجھا جا سکتا ہے۔ ایسے مریض بھی دیکھے جاتے ہیں جن کی بصارت کی کمی کو نزول الماء پر محمول کر کے یہ کہہ دیا جاتا ہے کہ جب تک نزول الماء پختہ نہ ہو جائے کچھ نہیں کیا جا سکتا۔ حالانکہ اس غلطی سے مریض کی بینائی بالکل ضائع ہو جاتی ہے۔ عموماً اس کی تشخیص بہت آسان ہے۔ یعنی زرق الماء میں حدقہ عین کا رنگ نیلگوں ہوتا ہے۔ اور یہ نیلگونی یکساں طور پر منتشر دکھائی دیتی ہے۔ اور عام نزول الماء کی حالت سے مختلف ہوتی ہے۔ حدقہ عینی کسیقدر پھیلا ہوا ہوتا ہے اور نوری تحریک کا تفاعل اس میں سست ہوتا ہے۔ منظار عین کے مراۃ سے دیکھنے پر تشخیص مکمل ہو جاتی ہے۔ کیونکہ شبکی انعکاس صاف دکھائی دیتا ہے۔ اور نزول الماء والی سفیدی عدسہ کے اندر کہیں نہیں دکھائی دیتی لیکن ان مریضوں میں تشخیص بہت مشکل ہوتی ہے جن کے عدسہ چشم میں شیخوخی خیوط موجود ہوتے ہیں۔ جن مریضوں میں زرق الماء کی استعداد ہو ان کی آنکھ کے عدسے جب ابتدائی حالت میں پھولتے ہیں تو ان کی وجہ سے توترعین بڑھ جاتا ہے۔ ایسی آنکھوں کی قرص بصری مقعر ہوتی ہے۔ اور عدسہ کی سفیدی کی مناسبت سے آنکھ کی بینائی زیادہ خراب ہوتی ہے۔ علاوہ ازیں ان کا میدان بصر انفی جانب سکڑ جاتا ہے۔ حدقہ کا نوری ردعمل بہت سست ہوتا ہے۔ ان امراض میں فوراً قطع عنبیہ

کا عمل کرنا نہایت ضروری ہے۔ اس عمل میں عنبی سوراخ باہر کی طرف بڑا بنانا چاہیئے۔

زرق الماء میں قرص بصری کی پیالہ نما تقعیر کے ساتھ عصبی الیاف میں ضمور بھی لاحق ہوتا ہے۔ اور اس ضمور عصبی کو دوسرے اقسام کے ضمور سے تشخیص کرنا مشکل ہے۔ ان حالات میں خصوصیت کے ساتھ تشخیص مشکل ہوتی ہے جن کی وجہ سے عصب باصرہ کا ابتدائی ضمور لاحق ہوتا ہے۔ موخرالذکر حالت میں قرص بصری میں تقعیر اسقدر کم ہوتی ہے کہ منظاریین سے اس کی پیمائش کا اندازہ ممکن نہیں، بلکہ یوں سمجھئے کہ اس کی شناخت صرف اسوجہ سے ہو جاتی ہے کہ اس تقعیر کی وجہ سے کنارے پر عروق دموی ٹیڑھے ہو جاتے ہیں۔ عموماً مزمن زرق الماء کا تقعیری پیالہ عصب باصرہ کے ضمور کی حالت سے زیادہ گہرا ہوتا ہے۔ جن حالات میں تشخیص میں مشکل پیش آتی ہے ان میں توتریمین سے کوئی خاص مدد نہیں ملتی۔ ممکن ہے کہ توتریمین امتحان کے وقت عمومی طور پر کچھ زیادہ یا طبعی حالت میں ہو، لہٰذا زیادہ تر مریض کے بیان، قرنیہ کی حالت۔ خزانہ مقدم کی گہرائی اور میدان بصارت کے نقشہ پر حصر کرنا پڑتا ہے۔

ابتدائی ضمور عصب باصرہ میں میدان بصر نقشے میں ہم مرکز دائروں کی صورت میں سکڑا ہوا معلوم ہوتا ہے۔ اور زرق الماء میں انفی جانب زیادہ سکڑتا ہے۔ بقعہ عمیا کا نقشہ نہایت احتیاط سے بنانا چاہیئے۔ زرق الماء میں میدان بصارت کے مرکزی حصہ میں ایسی تبدیلیاں پائی جاتی ہیں جو ضمور عصب باصرہ کے مریضوں کے میدان بصر میں نہیں پائی جاتیں۔

علاج ۔ جب مرض کی تشخیص متیقن ہو جائے تو فوراً اپریشن کر دینا چاہیے۔ میدان بصارت کا نقشہ اس کے واسطے بہترین معیار ہے اگر انفی جانب یہ سکڑ جائے تو اپریشن فوراً کر دینا چاہیئے۔ خواہ مرکزی بصارت طبعی حالت میں ہی کیوں نہ ہو۔

چند سال قبل (کشط قزحی) قطع عنبیہ کا عمل زرق الماء کے لئے ہمیشہ کیا جاتا تھا مگر مزمن حالت میں اس عمل کے بعد انذار مرض اسقدر اچھا نہیں ہوتا جتنا کہ حاد حالت میں ہوا کرتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ مزمن حالت میں عنبیہ کا باہر کا کنارہ قرنیہ وصلبیہ کے جائے اتصال کے وہاں مضبوطی کے ساتھ ملتصق ہوتا ہے۔ اور مرض کی تشخیص اس اتصال کے بعد ہوا کرتی ہے۔ لہٰذا اپریشن اگر قرنوی وصلبی جائے اتصال پر کیا جائے اور اس جگہ پر عنبیہ پھٹ جائے تو عنبیہ کا یہ انشقاق عموماً غلط مقام پر ہوتا ہے۔ اور اپریشن کا کچھ فائدہ نہیں ہوتا۔ اسی لئے زمانہ سابق میں اس اصول کی پابندی

کرتے تھے کہ جسقدر باہر کی طرف عنبیہ کو کاٹ سکتے تھے اُسی قدر باہر کو کاٹتے تھے مگر اس میں یہ خیال رکھنے کی ضرورت ہے کہ ایسا کرنے سے جسم ہدبی کو کوئی نقصان نہ پہونچنے پائے۔ یہی وجہ تھی قرنوی وصلبی جائے اتصال سے ۲ ملی میٹر باہر کی طرف عنبیہ کو کاٹا جاتا تھا۔ مگر ہمارا خیال ہے کہ ایسا کرنے سے بھی مقصد براری نہیں ہوتی تھی۔

تجربہ سے ثابت ہو چکا ہے کہ مذکورہ طریقہ پر قطع عنبیہ (کشط قزحی) کرنے سے باوجودیکہ زاویہ ترشیح درست نہیں رہتا تھا لیکن فائدہ ضرور ہوتا تھا ہمارا خیال ہے کہ اس فائدہ کی وجہ یہ تھی کہ شگاف کے مندمل ہوجانے پر لیفی ندبی ساخت میں سے رطوبت کی نکاسی ممکن ہوتی تھی۔ کیونکہ یہ ساخت اسفنجی ساخت پر مشتمل ہوتی ہے جس کی خلاؤں میں سے رطوبت مائی گذر کر ملتحمہ کے نیچے پہونچ جاتی ہے۔ اور یہاں سے جذب ہو کر غائب ہو جاتی ہے۔

مذکورہ تجربہ سے فائدہ اُٹھانے کے بعد اس امر کی کوشش کی گئی کہ مزمن زرق الماء میں بھی لیفی ندبی ساخت کے اندر سے رطوبت کی نکاسی ہو سکے مگر چونکہ ایسی لیفی ندبی ساخت اسی وقت بنتی ہے جبکہ طبعی قوت اندمال کے خلاف کوئی خاص وجہ پائی جائے مثلاً عنبیہ زخم میں پھنس کر رہ جائے۔ لہذا اسی خیال کے ماتحت خود کوئی تدبیر ایسی اختیار کرنا کہ عنبیہ زخم کے اندر پھنس جائے، کسی طرح مناسب نہیں ہے، کیونکہ اس سے التہاب ہدبی وعینی۔ آنکھ میں ثانوی عدوی۔ اور شر کی التہاب عینی کا امکان ہے۔ بعض متقدمین نے زخم کے اندر ریشم کا تاگا ڈالکر مذکورہ حالت کو پیدا کرنے کی کوشش کی ہے مگر ہمارے خیال میں اُن کی یہ کوشش بھی اصولاً صحیح نہیں ہے۔

اگر قرنوی وصلبی شگاف کے کنارے ایک دوسرے کے ساتھ لگے ہوں تو اندمال بہت جلد ہوتا ہے۔ لیکن جب دونوں کے درمیان ذرا سا بھی فاصلہ ہو تو اندمال جلد نہیں ہوتا۔ اور اس خلا کے اندر کمزور قسم کی لیفی ندبی ساخت بن جاتی ہے جس سے رطوبت کی نکاسی ممکن ہوتی ہے۔ ایسی لیفی ندبی ساخت سے مدد حاصل کرنے کے اصول پر متعدد اپریشن اختراع کئے گئے۔ ماہر "لیگرانگے" کے اپریشن میں قطع عنبیہ (کشط قزحی) کا عمل پہلے کیا جاتا ہے اور زخم کو بند کرنے سے پہلے اس کا مقدم کنارہ کسی قدر کاٹ دیا جاتا ہے۔ لیکن اس امر کا خیال نہایت ضروری ہے کہ کہیں زخم کے مقدم لب کے کاٹنے میں ملتحمہ زخمی نہ ہو جائے۔

ماہر "ہربرٹ" کے اپریشن میں چھوٹا سا دروازہ صلبیہ میں قرنوی وصلبی جائے اتصال کے باہر کی جانب بنایا جاتا ہے۔ جو کہ صلبیہ کی طرف کو کھلتا ہے۔ اس کو آلہ ثقب کے ذریعہ بنا سکتے ہیں۔

آجکل مزمن زرق الماء میں عمل نقب کو عموماً کام میں لایا جاتا ہے۔ اس عمل میں ایک گول ٹکڑا یا قرص ا۔۲ ملی میٹر قطر کی قرنوی وصلبی جائے اتصال کے اندرونی جانب الگ کردی جاتی ہے مگر اس کا طریقہ یہ ہوتا ہے کہ اس کا نصف حصّہ قرنیہ میں اور نصف صلبیہ میں ہوتا ہے۔ اس کے بعد عنبیہ کا جو حصّہ اس کے اندر ابھر آتا ہے اُس کو کاٹ دیتے ہیں۔ دوسرے الفاظ میں اس کا مطلب یہ ہے کہ مذکورہ طریقہ سے عنبیہ کے کنارے پر چھوٹا کشط قزحی عمل کیا جاتا ہو اگر عمل نقب میں بڑی قرص یا ٹکڑا علیحدہ کر دیں تو توترعین ہمیشہ کے لئے کم ہو جاتا ہے۔ اور توترعینی کی کمی کے باعث آنکھ کی اندرونی انسجہ کا تغذیہ خراب ہو جاتا ہے۔ بار ہا یہ عمل ناکام اور بے سود ثابت ہوتا ہے کیونکہ اس کے اندر عنبیہ دوبارہ آکر پھنس جاتا ہے یا دبیز ندبی ساخت کے بننے سے رطوبت کی نکاسی بند ہو جاتی ہے۔ رطوبت کی نکاسی میں امداد کے واسطے اجفان پر ہلکی مالش بھی مفید ثابت ہوتی ہے۔

پھولے ہوئے ملتحمہ پر ضرب لگنے سے آنکھ میں ثانوی عدوی ہو سکتا ہے۔ مگر خوش قسمتی سے ایسا شاذونادر ہی ہوا کرتا ہے۔ یہ امر مسلمہ ہے کہ خطرناک مرض کے علاج معالجہ میں دلیری کرنے میں کوئی حرج نہیں۔ لہذا ایک مرتبہ عمل نقب کے ناکام ثابت ہونے پر دوبارہ کسی دوسرے مقام پر اس عمل کو کر سکتے ہیں۔ مگر ہمیشہ اس کا خیال رکھنا چاہئے کہ عمل نقب ایسے مقام پر کیا جائے جو جفن سے ڈھکا رہے۔ اور دوبارہ جب عمل نقب کی ضرورت ہو تو دوبارہ عمل نقب کا مقام پہلے عمل نقب کے مقام سے نزدیک نہ ہو۔

عمل نقب کا نتیجہ یقینی نہیں۔ اس کے بعد خطرناک نتائج بھی ظاہر ہو سکتے ہیں۔ یہ نتائج فوری بھی ہو سکتے ہیں اور کچھ دنوں کے بعد بھی ظاہر ہو سکتے ہیں۔ ان سب باتوں کے باوجود ہمارا خیال ہے کہ مزمن زرق الماء کیواسطے فی الحال ہمارے پاس یہی بہترین علاج ہے۔

مزمن زرق الماء کے مریضوں کی بینائی صرف مرکزی رہ جاتی ہے۔ ایسے مریضوں کے اپریشن کے بعد صرف یہی نہیں ہوتا کہ نتائج عمدہ برآمد نہ ہوں بلکہ اس کی وجہ سے بینائی بالکل ہی مفقود ہو سکتی ہے۔ لہذا بہتر ہے کہ اس خطرہ کو مریض سے مفصل بیان کرنے کے بعد اپریشن کیا جائے۔ اس خطرہ کے باوجود بھی اپریشن کا مشورہ دینا چاہئے۔ کیونکہ اس کا امکان بہت کم ہوتا ہے۔ اور اپریشن نہ کرنے سے چونکہ توترعین کم نہیں ہوتا اس لئے آنکھ میں درد شروع ہو جاتا ہے۔

چونکہ ان مریضوں کی دوسری آنکھ بھی ماؤف ہوتی ہے اس لئے حفظ ماتقدم کے اصول کے ماتحت دوسری آنکھ کے اپریشن کے متعلق بھی حل طلب سوال پیدا ہوتا ہے مگر جب زرق الماء کے پیدا ہونے میں کافی عرصہ ہو تو ایسی صورت میں اس آنکھ کا اپریشن کر دینے میں کسیقدر خطرہ ہوتا ہے۔ لہذا اس آنکھ کا اسوقت تک اپریشن نہ کرنا چاہیئے جب تک کہ کسی قدر میدان بصر نہ سکڑ جائے۔ اسوقت اگر ابتدائی درجہ مرض میں چوڑے کشط قزحی کا عمل کیا جائے تو انذار مرض بہت اچھا ہوتا ہے۔ اس عمل سے کسیقدر بینائی ضرور کم ہو جاتی ہے کیونکہ اس کی وجہ سے قرنوی سداد بصری پیدا ہو جاتا ہے مگر عمل نقب سے یہ خرابی نہیں پیدا ہوتی۔

مذکورہ وجوہ کی بنا پر بہتر ہے کہ دوسری آنکھ کے ماؤف ہونے کے متعلق مریض کو بخوبی آگاہ کر دیا جائے اور حسی ابتدائی علامات بھی بتا دی جائیں، تاکہ اُن کے محسوس ہوتے ہی مریض فوراً معالج کے پاس چلا آئے۔ مریض کو تاکید کر دینا چاہیئے کہ وہ اپنے میدان بصر کا معائنہ ہر تین مہینہ کے بعد کراتا رہے۔ اور جب کوئی علامت بھی مرض کی پیدا ہو تو فوراً معالج کے پاس آ جائے۔ اس اثناء میں وہ ہر دوسرے روز کمزور طاقت کا ایسرین محلول یا پلیو کارپین محلول آنکھ میں ڈالتا رہے۔ ان تمام باتوں کے ساتھ مریض کو دماغی احتقان کے تدارک کے واسطے مناسب تدابیر بھی بتا دی جائیں۔ اور یہ بھی سمجھا دیا جائے کہ بغیر کسی ہوشیار اور تجربہ کار معالج کے مشورہ کے وہ اپنی آنکھ میں کوئی دوا نہ ڈالے۔

اگر معالج کے پاس پہونچنے تک مریض کی ایک آنکھ ضائع ہو چکی ہو تو اُس وقت اس امر کے متعلق فیصلہ کرنے کی ضرورت ہے کہ بہتر آنکھ پر اپریشن کیا جائے یا خراب آنکھ پر یہ فیصلہ مریض کی حالت اور اس کی تکلیف کے مطابق وقتی طور پر ہر مریض کے لئے معالج اپنی حسب استعداد خود کر سکتا ہے۔

ہم پہلے بیان کر چکے ہیں کہ مزمن زرق الماء کی تشخیص کے بعد فوراً اپریشن کر دینا چاہیئے۔ ایسے مریض بھی نظر سے گذر چکے ہیں جن کے متعلق یقینی طور پر نہیں کہا جا سکتا کہ یہ زرق الماء میں مبتلا تھے علیٰ ہذالقیاس ایسے مریض بھی دیکھنے میں آتے ہیں کہ جن کی آنکھ کا اپریشن اُن کے انکار کر دینے کی وجہ سے ناممکن ہوتا ہے۔ ان کے متعلق ہمیشہ خیال رکھیں کہ ان کے حدقہ عین کو منقبض رکھنا چاہیئے۔ ایسا کرنے سے توتر عین کم رہتا ہے اور اس طرح مریض کی بینائی ضائع ہونے کی تکلیف کو ہم دور کر سکتے ہیں گویا کہ ہمکو ایسے ذرائع اختیار کرنے چاہئیں جن سے وقتی طور پر توتر عین کم ہوتا

رہے۔ اگر توترمین حقیقتاً بڑھ جائے اور مریض اپریشن کرانے سے انکار کرے تو ایسرین کا ایک فی صدی طاقت کا محلول اس کی آنکھ میں دن میں تین مرتبہ استعمال کیا جائے۔ اور اس کے استعمال کا سلسلہ جاری رکھا جائے یہاں تک کہ توترمین کم ہو جائے۔ اور طبعی حالت پر آ جائے۔ اور اگر خاص طریقہ پر توترمین میں معتدبہ زیادتی نہ ہوئی تو ایسرین محلول $\frac{1}{4}$ فی صدی طاقت کا پیلوکارپین محلول $\frac{1}{2}$ فی صدی طاقت والا عرصہ تک روزانہ آنکھ میں ڈالا جائے۔ ان ادویہ سے ملتحمہ اور جسم ہدبی میں خراش رونما ہوتی ہے بشرطیکہ مسلسل ان کا استعمال جاری رکھیں۔ پیلوکارپین ایسرین سے کم مخرش ہے مگر ساتھ ہی اس کے اس سے کم موثر بھی ہے۔ آہستہ آہستہ آنکھ کی مالش بھی رطوبت کی نکاسی میں زیادتی پیدا کر کے مفید ثابت ہوتی ہے۔ اس سے توترمین کم ہو جاتا ہے۔ مزمن زرق الماء ہر اس آنکھ میں پیدا ہو سکتا ہے جس میں خفی نزول الماء موجود ہو۔ گو کہ عمل نقب کے بعد اخراج عدسہ میں مشکلات پیش آ سکتی ہیں لیکن اس کے باوجود عمل نقب کو مناسب مقام پر اور ویسے ہی کرنا چاہئے جیسا کہ کیا جاتا ہے۔ بعد میں جب اخراج عدسہ کے واسطے شگاف دیا جائے تو شگاف کا بالائی سرا قرنیہ میں ہونا چاہئے مگر عمل نقب قرنیہ کے سوراخ سے ذرا سامنے کی طرف ہو

طفلی زرق الماء
Infantile glaucoma

استسقاء مقلی (Buphthalmia-Hydrophthalmia)

بچوں کی آنکھوں میں زرق الماء شاذونادر پایا جاتا ہے۔ اور جب ہوتا ہے تو معمولی زرق الماء سے اس کی مرضی تصویر جداگانہ ہوتی ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ خزانہ مقدم کے زاویہ میں خلقی رکاوٹ ہوتی ہے۔ تکوینی نقص کی وجہ سے قرنوی وصلبی جائے اتصال سے عنبیہ علیحدہ نہیں ہوتا یا رحم کے اندر جنینی حالت میں التہاب عنبیہ کی وجہ سے قرنوی وصلبی جائے اتصال کے ساتھ عنبیہ ملتصق ہو جاتا ہے۔ متعدد آنکھوں میں معائنہ کرنے پر قناۃ شلیم غائب پائی گئی یا اگر موجود تھی تو اس میں کوئی نقص تھا۔ یہ حالت حقیقتاً جوانوں کے زرق الماء کی حالت سے اس امر میں مشابہ ہوتی ہے کہ اس میں بھی رطوبت کی نکاسی باہر کو نہیں ہوتی۔ بچوں میں اس مرض کی مرضی تصویر کے مختلف ہونے کی وجہ یہ ہے کہ ان کی آنکھ کے طبقات بہت لچک دار ہوتے ہیں تو ترمین کے بڑھنے پر صلبیہ کسی نہ کسی مقام پر باہر کی طرف کو پھول جاتا ہے یا کسی ایک جگہ کے بجائے چاروں طرف بتدریج اور باقاعدہ پھولتا ہے جس کی وجہ سے مقلہ میں بہت بڑھ جاتا ہے۔ دباؤ کی وجہ سے صلبیہ پتلا ہو جاتا ہے اور جسم ہدبی کے باہر اس کا رنگ نیلگوں نظر آتا ہے۔ کیونکہ مشیمیہ کا رنگ اس کے اندر سے جھلکنے لگتا ہے۔ قرنوی

دہلیی اتصال بھی باہر کی طرف کو بڑھتا ہے جس کی وجہ سے قرنیہ باہر کو آجاتا ہے اور کروی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ خزانہ مقدم زیادہ گہرا ہوتا ہے۔ قرنیہ میں عموماً سفیدی پیدا ہوجاتی ہے۔ جو بعض بعض جگہ پر دوہرے خیوط کی طرح نظر آتی ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ غشاء ڈسمٹی میں انشقاق ہوجاتا ہے۔ آنکھ کے حجم کے بڑھنے کے ساتھ عدسہ نہیں بڑھتا چونکہ ہدبی مقام باہر کو بڑھتا ہے اس لئے ہدبی رباط میں تناؤ پیدا ہوجاتا ہے۔ جس کی وجہ سے عدسہ نسبتاً زیادہ مسطح ہوجاتا ہے اور پیچھے کی طرف کو ہٹ جاتا ہے۔ لہذا عنبیہ کا سہارا کم ہوجاتا ہے اور عنبیہ میں ارتعاش پیدا ہوتا ہے۔ قرص بصری گہری اور پیالہ نما ہوجاتی ہے۔ تو ترعین بڑھ جاتا ہے مگر عموماً مقلہ عین کے بڑھ جانے کی وجہ سے خاص طور پر بڑھا ہوا نہیں معلوم ہوتا اسی وجہ سے عرصہ تک ماہرین اس مرض کے سمجھنے میں غلطی کرتے رہے ہیں۔

مقلہ عینی کے فراخ اور کشادہ ہوجانے کی وجہ سے عموماً قصر بصر لاحق ہوجاتا ہے۔ مگر مقلہ عینی کی لمبائی کے مقابلہ میں کم قصر بصر لاحق ہوتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ عدسہ مسطح ہوکر پیچھے کو ہٹ جاتا ہے۔ علاوہ ازیں قرنیہ کا مسطح ہونا اور مذکورہ تمام وجوہ محور کے بڑا ہونے سے جو قصر بصر لاحق ہوتا ہے اُس کو کم کرتے ہیں۔

علاج۔ اس کا علاج عمل کشط قزحی ہے۔ اس کے علاوہ بعض اوقات مقدم صلبی انشقاق سے بھی فائدہ پہونچتا ہے۔ مگر عموماً ناکامی کا منہ دیکھنا پڑتا ہے۔ صلبیہ کے مقدم انشقاق کے ساتھ عمل نقب زیادہ مفید ثابت ہوتا ہے۔ اور یہ طریقہ اوّل الذکر دونوں طریقوں سے بہتر ہے اور اس میں خطرات بھی کم ہوتے ہیں۔ قابض حدقہ دواؤں کا استعمال بے سود ثابت ہوتا ہے۔

امراض آلات دمعیہ

تشریح و وظائف۔ "آلات دمعی" غدد دمعی۔ قناۃ دمعی و انفی پر مشتمل ہیں۔

غدد دمعی۔ (Lacrymal glands) اس کا ایک غدہ بالائی یا محجری اور دوسرا زیرین یا جفنی غدہ کہلاتا ہے۔ ان کے علاوہ دمعی غدد زائدہ (Krause's glands) کراوز کے غدد ہوتے ہیں۔ یہ تمام غدد حقیقتاً مخاطی نصیص ہیں۔ خوردبین کے ذریعہ بھی ان کو لعابی غدد سے پہچاننا تقریباً غیر ممکن ہوتا ہے۔ تکوینی حیثیت سے یہ غدد اور لعابی غدد یکساں ہیں۔ بالائی غدہ حجم میں چھوٹے بادام کے برابر ہوتا ہے۔ اور جبہی لوح محجری کے حفیرۂ دمعیہ

(Lacrymal fossa) میں رکھا ہوتا ہے اس غدہ سے دس یا بارہ نالیاں نکلکر بالائی طاق کے بیرونی حصہ میں ملتحمہ کی سطح پر کھلتی ہیں۔ زیرین غدہ کے صرف دو یا تین فصیص ہوتے ہیں جو بالائی غدہ سے ملتحمہ تک آنے والی نالیوں میں سے دو یا تین نالیوں پر لگے ہوئے معلوم ہوتے ہیں۔ اگر آنکھ نیچے اور اندر کی طرف دیکھ رہی ہو تو ہم جفن کو پلٹنے کے بعد اس کو بخوبی دیکھ سکتے ہیں "کراوز" کے غدد حقیقتاً خورد بینی فصیصات ہیں جو غضروف جفنی کے کنارے اور طاق کے درمیانی سطح کے نیچے واقع ہوتے ہیں۔ ان کی تعداد طاق اعلیٰ میں تقریباً ۴۲ اور طاق اسفل میں ۶ سے لیکر ۸ تک ہوتی ہے اور ان کی نالیاں آپس میں ملکر ایک بڑی نالی کی صورت میں طاق میں کھلتی ہیں۔

آلات دمعی۔

قناۃ دمعی۔ اندرونی حقیقم سے بیرونی جانب حاشیہ جفن کے موخر کنارے پر واقع ہے۔ ہر جفن میں ایک قناۃ اور ایک نقطہ دمعیہ ہوتا ہے۔ نقطہ دمعیہ ایک ابھار کی صورت میں پایا جاتا ہے جو کہ سن رسیدہ اشخاص میں کافی بڑا ہوتا ہے۔ اس کو (Papilla lacrymalis) یعنی حلمہ دمعیہ کہتے ہیں۔ اس کو ہم اس وقت دیکھ سکتے ہیں جبکہ جفن کو مقلہ عین سے ہٹا کر کسی قدر پلٹ لیں۔ قناۃ دمعیہ کا سلسلہ نقطہ دمعیہ سے لیکر کیس دمعی تک ہوتا ہے۔ اس کی رفتار پہلے دو ملی میٹر فاصلہ تک عمودی اور پھر ۶ یا ۸ ملی میٹر افقی ہوتی ہے۔ دونوں قناۃ دمعیہ علیحدہ علیحدہ کیس دمعی میں کھلتی ہیں کیس دمعی عظم دمعی کے حفیرۂ دمعیہ میں واقع ہے۔ جب یہ کیس پُر ہوتی ہے تو اس حالت میں اس کا طول ۱۵ ملی میٹر اور عرض ۵-۶ ملی میٹر ہوتا ہے۔ اس کا بطنی حصہ یعنی قعر اندرونی رباط غضروفی کی سطح کے برابر ہوتا ہے کیس دمعی چہار طرف سے عضلہ قابضۃ الجفن کے الیاف سے گھری ہوتی ہے۔ اس کا زیرین حصہ بہت زیادہ چھوٹا ہو کر قناۃ انفی میں کھلتا ہے۔ قناۃ انفی کی لمبائی مختلف ہوتی ہے۔ چنانچہ ۱۲ سے ۲۴ ملی میٹر تک یہ لمبی ہو سکتی ہے۔ اور اس کا قطر ۳ سے ۶ ملی میٹر ہوتا ہے۔ یہ کیس دمعی سے کسی قدر باہر اور پیچھے کی جانب کو جاتی ہے۔ اس کے گرد عظم الفک اعلیٰ اور زیرین عظم صنوبری (Superior maxilla-inferior turbinate) ہوتی ہیں۔ یہ قناۃ ناک کے اندر زیرین صماخ یعنی (Inferior meatus) کی بیرونی دیوار کے مقدم حصہ میں کھلتی ہے۔ قناۃ انفی کی رفتار کو جلد کے اوپر ہم اس طرح بتلا سکتے ہیں کہ ایک خط اندرونی حقیقم سے رخسار اور جناح انفی کے درمیانی گڑھے تک کھینچا جائے۔ یہی خط قناۃ انفی کی رفتار اور اس کے رخ کو ظاہر کرتا ہے۔

قناۃ دمعی کے اندر بشرہ طباقی کا۔ اور کیس دمعی و قناۃ انفی کے اندر اسطوانی بشرہ کا استر ہوتا ہے۔ اس استر کے نیچے جلدی ادمہ پایا جاتا ہے۔ جس کے اندر وریدی شبکہ ہوتا ہے جب قناۃ انفی کے اندر کیس دمعی کھلتی ہے تو غشاء مخاطی اس کے واسطے ایک قسم کے جزئی جیب کا کام دیتی ہے۔ اس کے اندر کی رطوبت دمعی کا کیمیاوی عمل قلوی ہوتا ہے۔ اور معمولی نمک کی اس کے اندر اتنی مقدار ہوتی ہے کہ اس کا ذائقہ نمکین ہو جاتا ہے۔ عموماً رطوبت دمعیہ کا اسقدر افراز ہوتا ہے کہ اُس سے آنکھ تر رہتی ہے۔ اور فاضل رطوبت بخارات بن کر اڑ جاتی ہے۔ کسی قسم کی خراش ہو جس کا تعلق نفسیات سے ہو یا خارجی اسباب اس کا باعث ہوں انعکاسی طور پر اس رطوبت کا افراز بڑھ جاتا ہے اور یہ مذکورہ قنواۃ میں سے ہو کر کیس دمعی کے راستے قناۃ انفی میں داخل ہوتی ہے۔ اور ناک کے اندر پہونچ جاتی ہے۔ آنکھ جھپکنے سے بہت مدد ملتی ہے۔ کیونکہ عضلہ قابضۃ الجفن کے الیاف جو کیس دمعی کے گرد چہار طرف ہوتے ہیں۔ آنکھ کے جھپکنے سے سکڑتے ہیں۔ اس امر کو بخوبی ذہن نشین کر لینا چاہئے کہ غدد دمعی کے نکال دینے سے ملتحمہ میں خشکی نہیں آ جاتی ہے کیونکہ اس کو تر رکھنے کے لئے "کراوز" کے غدد کی رطوبت اور خود ملتحمہ کے اندرونی خلیات کی رطوبت مخاطی کافی ہوتی ہے۔ علیٰ ہذا القیاس کیس دمعی کے نکال دینے سے آنکھوں سے پانی نہیں بہتا تا وقتیکہ دوسرے وجوہ کے ماتحت رطوبت دمعی کے افراز میں زیادتی نہ ہو جائے۔ ممکن ہے کہ رطوبت دمعی میں کسیقدر دافع عفونت خاصیت موجود ہو۔

غدد دمعی کے امراض۔ غدد دمعی کے امراض بہت کم لاحق ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی اس میں التہاب پیدا ہو جاتا ہے اور بالآخر پیپ پڑ جاتی ہے۔ درنی التہاب بھی اس میں ہو سکتا ہے۔ اگر ان غدد کے اندر خراج پیدا ہو کر پھوٹ جائے تو مستقل طور پر ناصور باقی رہ سکتا ہے ضربی یا دوسری غیر متیقنہ وجوہ کے ماتحت اپنے طبعی مقام سے ان غدد کا خلع بھی ماہرین نے بیان کیا ہے۔ اس کے خلع کی صورت میں بالائی جفن کے اوپر اور باہر والے حصہ میں ورم یا ابھار پیدا ہو جاتا ہے۔

کیس غدد دمعی (Dacryops) اس حالت میں بالائی طاق عین کے اندر کیسی صورت کا ایک ورم نمودار ہوتا ہے۔ یہ حالت غدد دمعیہ سے باہر نکلنے والی قناتوں میں سے کسی ایک کے بند ہو جانے سے پیدا ہوتی ہے کیونکہ ایسی حالت میں رطوبت اندر مجتمع ہو کر ورم پیدا کر دیتی ہے۔ کراوز کے غدد کے اندر بھی اگر یہ حالت پیدا ہو تو ان دونوں کے تشریحی مقام کے جاننے کے بعد تشخیص فارقہ ممکن ہے۔

غدد دمعیہ کے سلعات۔ غدد نکفیہ کے سلعات سے مشابہ ہوتے ہیں۔

مزمن تفخیم غدد دمعیہ و غدد لعابیہ (Mikulicz disease) حالت میں غدد دمعیہ، غدد نکفیہ اور دوسرے لمفاوی غدد بھی بڑھ جاتے ہیں۔ ہمارے خیال میں یہ حالت سلعہ لمفاویہ سے متعلق ہے۔ مرکب سلعات، بالخصوص بشرہ باطنہ کا سرطان بھی پایا جاتا ہے جس کے اندر غضروف اور مواد مخاطیہ، ملتے ہیں۔ مگر اس غدہ میں سلعہ خبثیہ دمویہ اور سرطان نہایت شاذ و نادر پایا جاتا ہے۔

جب غدد دمعیہ متورم ہوں تو آنکھ کی حرکات کم ہو جاتی ہیں مقلہ عین نیچے اور اندر کی طرف گھوم جاتا ہے۔ اسی لئے صرف اوپر یا اوپر اور باہر کی طرف کی حرکت کم ہو جاتی ہے۔ کسی قدر جحوظ العین بھی لاحق ہوتا ہے۔ اگر مذکورہ حالتوں میں سے کوئی حالت پیدا ہو تو اس کا علاج عام اصول کے ماتحت کیا جائے۔

امراض مجاری دمعیہ۔ (Disease of lacrymal passages)

زیرین نقطہ دمعی کا بیرونی التواء۔ سن رسیدہ اشخاص میں جفنی بافتوں کے استرخا کی وجہ سے رونما ہوتا ہے۔ مزمن التہاب ملتحمہ، التہاب جفن نیز ان اسباب سے بھی پیدا ہوتا ہے جو بیرونی التواء جفنی کا باعث بنتے ہیں۔ اس کی وجہ سے آنکھوں سے پانی بہتا ہے جس کی وجہ سے یہ حالت اور بھی خراب ہو جاتی ہے۔

علاج۔ معمولی حالتوں میں بہتر ہے کہ سن رسیدہ اشخاص کے طاق اسفل کے اندر نقطہ دمعیہ کے نیچے اور اندر کی طرف معمولی ہلکا شگاف دیں۔ تاکہ اس شگاف کے اندمال پر ندبی ساخت کے بننے اور سکڑنے سے حالت بالکل درست ہو جائے۔ اس سے بھی زیادہ مناسب یہ ہے کہ شگاف کے بجائے مکواۃ حدیدی سے اس جگہ کو جلا دیا جائے اور کافی گڑھا پیدا کر دیا جائے۔ تاکہ اندمال کے بعد یہ مقام سکڑ سکے۔ جب اس مقام کی ندبی ساخت سکڑتی ہے تو نقطہ دمعیہ اندر کی طرف مقلہ عین سے جا لگتا ہے۔ اگر مذکورہ عمل سے حالت درست نہ ہو تو قناۃ دمعی کو کھول دیا جائے یا بیرونی التواء جفنی کے لئے مناسب اپریشن کیا جائے۔ اگر قناۃ دمعی میں شگاف دینا مقصود ہو تو خیال رہے کہ ہمیشہ اس کی موخر دیوار میں شگاف دیں تاکہ قناۃ دمعی کا کھلا ہوا حصہ مقلہ عین کے ساتھ لگا رہے۔ ایسی حالت میں قناۃ کے اندر کیس دمعی تک شگاف دینا کسی طرح بھی مناسب نہیں ہے۔ بلکہ اس کو اسی مقام تک شگاف دینا چاہئے، جہاں تک شگاف دینے سے قناۃ دمعی مقلہ عین کے ساتھ لگی رہے۔ زیرین قناۃ دمعی میں مندرجہ ذیل طریقہ پر شگاف دینا چاہئے مگر شگاف کے طریقہ کو بیان کرنے سے پہلے ہم ان اوزاروں کی فہرست کو لکھتے ہیں جن کی اس عمل میں ضرورت ہوتی ہے۔

(۱) ممدد نثل شپ (۲) قناتی نشتر۔ قناتی نشتر "ویبر" کا زیادہ بہتر ہے۔ کیونکہ اس کا سرا سید ھا اور کند ہوتا ہے۔

پہلے آنکھ میں کوکین محلول ڈالکر اس کو مخدر کر لیا جائے۔ معالج کو مریض کے پیچھے کھڑا ہونا چاہئے۔ دائیں آنکھ پر عمل جراحی کرنے کے واسطے بائیں ہاتھ سے نیچے کی جفن کو پلٹ لیں اور دائیں ہاتھ سے نقاط دمعی کے اندر "ممدد نثل شپ" داخل کریں اور جہاں تک آسانی سے جاسکے اس کو آگے بڑھاتے جائیں۔ پھر باہر کی طرف کو گھمائیں اور قناۃ کے اندر داخل کرتے جائیں۔ اس طریقہ سے نقطہ دمعیہ فراخ ہو جاتا ہے۔ اس کے بعد نشتر کے گول سرے کو نقطہ کے اندر اس طرح داخل کریں کہ پہلے اسکو نیچے کی طرف لے جائیں اور پھر اندر کی طرف، مگر نشتر کی پشت سامنے اور نیچے کی طرف کرتے رہیں۔ ایسا کرنے سے قناۃ دمعی کی موخر دیوار میں تشگاف ہو جاتا ہے۔ اگر نقطہ دمعی خراب طور پر باہر کو نکلا ہو تو اس صورت میں اس کے اندر نشتر داخل کر کے (جبکہ وہ عظم دمعی سے رک جائے) اس کے دستہ کو اوپر اور ناک کی طرف گھمائیں اور اس حالت میں جفن کو باہر کی طرف کھینچے رکھیں تاکہ نشتر کی دھار کے ساتھ قناۃ کی دیوار تنی ہوئی رہے۔ اس امر کا خیال رکھیں کہ نشتر کی دھار جو کہ مقلہ عین کی طرف ہوتی ہے وہ مقلہ عین کو کوئی نقصان نہ پہونچا دے۔ (حالانکہ اس کا خطرہ بالکل نہیں ہوتا) اگر کیس دمعی کے اندر تک تشگاف دینا ہو تو ماہر سٹلنگ" کا چاقو استعمال کیا جائے۔

اپریشن کے دوسرے روز ایک پروب قناۃ دمعی کے اندر ڈالا جائے تاکہ راستہ پھر بند نہ ہو۔ اس کے بعد بھی کبھی کبھی ایسا کرتے رہیں۔ اور جب تک اشد ضرورت نہ پیش آوے قناۃ دمعی کو نہ کاٹیں۔ نقطہ دمعیہ کا بند ہو جانا۔ شاذونادر خلقی طور پر بھی واقع ہوا کرتا ہے۔ اور ندبی ساخت کے سکڑنے کی وجہ سے بھی ہو سکتا ہے۔ اسکی وجہ سے آنکھ سے پانی بہنے لگتا ہے۔ اس حالت میں اس کا علاج بہت دشوار ہے۔ مسدود نقطہ دمعیہ کو کھولنے کی کوشش کریں، مگر قناۃ میں پورا تشگاف نہ دیں۔ اس حالت میں امتحان کرنے پر نقطہ دمعیہ کا بالکل پتہ نہیں چلتا۔ لیکن جب محدب عدسہ سے غور کے ساتھ دیکھا جائے تو اس کا نشان بڑی حد تک اور صاف معلوم ہوتا ہے۔ آلہ ممدد نقطہ دمعی کے اندر داخل کرنے کے بعد اس کے اندر پروب (سلائی) داخل کیا جاسکتا ہے۔ اس کے بعد تشگاف دینے والا نشتر داخل کر کے تھوڑی دور تک تشگاف دیدیں۔

تصویر ۱۳۰/۳ و ۱۳۰/۵ و ۱۳۱/۲ متعلق صفحہ ۴۲۸و۴۲۹-۴۵۱-۵۴۰ کتاب العین

۱

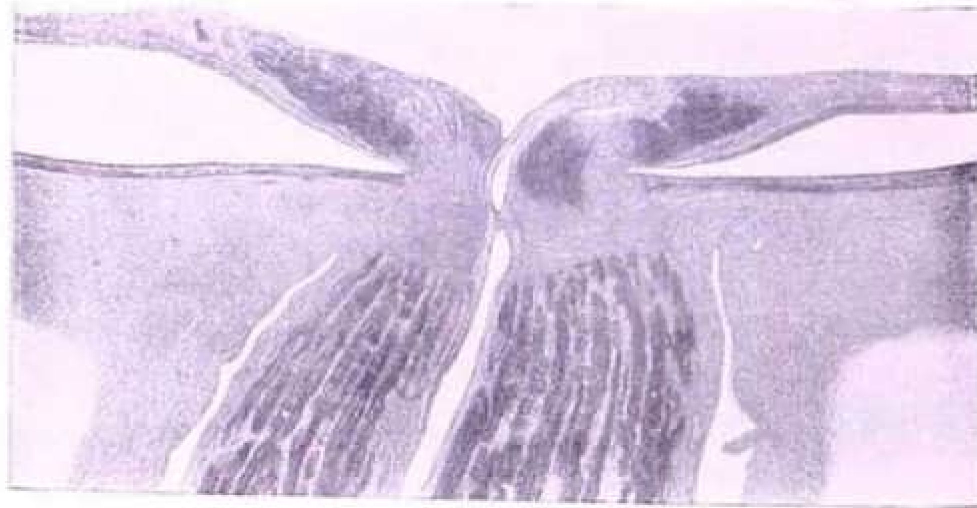


۲



۱۳۰/۳ (۱) غوطر کی وجہ سے جحوظ العین۔

(۲) بائیں آنکھ کی اجفان کو سی دیا گیا ہے تاکہ قرنیہ میں التہاب یا یبس نہ لاحق ہو۔



۳

۱۳۱/۲ عصب باصرہ کے الیاف غلاف دار ہیں۔



۴

۱۳۰/۵ التہاب غدہ دمعی باہر والے حصہ پر بالائی جفن کے پلکوں کے بالوں کے مقام پر ورم ہے۔

اگراس طریقہ سے ناکامی ہو تو قناۃ دمعی کو کاٹ دیں۔ جب خون کا سیلان بند ہو جائے تو اس کی اندرونی جا.
کا محدب عدسہ کے ذریعہ معائنہ کریں۔ اس کے بعد نشتر کا کند سراس کے اندر داخل کریں۔ اگر اس میں بھی ناکامی ہو اور بالائی
نقطہ دمعی کھلا ہو تو ٹیڑھا پروب اس کے اندر سے کیس دمعی میں داخل کریں اور وہاں سے اس کو داخل کرکے زیرین نقطہ
دمعیہ سے نکال لیں مگر اس عمل میں مریض کو بیہوش کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

قناۃ دمعی کا انسداد۔ ندبی ساخت یا کسی غریب جسم کی موجودگی سے ممکن ہے۔ غریب اجسام عموماً پلک کے بال
وغیرہ ہوا کرتے ہیں۔ اور خاص خاص حالات میں اس کے اندر چھوٹے چھوٹے پتھر (منجمد مواد) بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔ پلک
کا بال کسی قدر نقطہ سے باہر نکلا ہوتا ہے۔ اس کو ہم جفت سے پکڑ کر نکال سکتے ہیں۔ منجمد مواد فطری اجسام کے انجماد سے
پیدا ہوتے ہیں۔ اور یہ قناۃ فراخ کرنے کے بعد اس کے اندر دس فی صدی پروٹارگول محلول کے ڈالنے سے نکل آتے ہیں

نقطہ دمعی و قناۃ دمعی کی خلقی بدوضعیاں۔ شاذونادر پائی جاتی ہیں۔ کبھی نقاط غائب ہوتے ہیں یا بہت زیادہ تنگ
ہوتے ہیں۔ ایک جفن میں دو نقطے بھی مل سکتے ہیں جو کہ ایک ہی قناۃ میں کھلتے ہیں۔ بعض اوقات قناۃ دمعی کے بجائے
اس جگہہ ایک گڑھا پایا جاتا ہے۔

التہاب کیس دمعی۔ (Dacryocystitis) یہ حالت عموماً پائی جاتی ہے۔ غربا میں زیادہ ملتی ہے
اور عموماً مزمن ہوا کرتی ہے۔ اس میں آنکھوں سے آنسو بہتے ہیں ہوا لگنے سے ان آنسوؤں میں زیادتی ہو جاتی ہے۔
کیس کی جگہہ پر ورم ہوتا ہے۔ جلمہ اور اس کے مجاورات یعنی ملتحمہ میں التہاب ہوتا ہے کیس پر دباؤ ڈالنے سے نقطہ دمعی
کے راستے سے مواد باہر خارج ہوتا ہے۔ شاذونادر یہ مواد ناک کے اندر چلا جاتا ہے۔ اس مواد میں کبھی خالص رطوبت
اور کبھی مخاط۔ کبھی صدیدی مخاط یا صرف آنسو ہو سکتے ہیں۔ خوردبینی معائنہ کرنے پر اس میں مختلف قسم کے جراثیم مثلاً کرویات
عقدیہ۔ کرویات عنقودیہ اور کرویات ذات الریہ وغیرہ ملتے ہیں۔ ان جراثیم کی سمیت بہت شدید و تیز ہوتی ہے
عموماً قرنیہ کے قروح جن کے ساتھ خزانہ مقدم میں صدیدی ترشح شارکت کرتا ہے وہ ان ہی جراثیم کی وجہ سے پیدا
ہوتے ہیں۔ خصوصاً جبکہ یہ قروح ان لوگوں کی آنکھوں میں پیدا ہوں جن کی کیس دمعی میں التہاب ہو۔ ان کے علاوہ
ایسی آنکھوں میں التہاب کل العین بھی پیدا ہو سکتا ہے بشرطیکہ مقلہ عین پر کوئی جرحی عمل کیا جائے۔ یہ حالت آنکھ کے
واسطے ہمیشہ خطرناک ہوتی ہے کیونکہ قرنیہ میں خفیف و معمولی رگڑ (خراش) کے بعد بھی قروح پیدا ہو جاتے ہیں۔

مزمن التہاب کیس دمعی کی وجہ عموماً قناۃ انفی کا اختناق ہے۔ مگر یقینی طور پر یہ نہیں ثابت ہو سکا کہ ایسی حالت سے پیشتر قناۃ انفی میں اختناقی حالت موجود ہوتی ہے۔ لیکن ہمارا خیال ہے کہ قناۃ انفی کے اندر اختناقی حالت کیس دمعی کے التہاب یا اس علاج کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے جو کیس دمعی کے التہاب کے لئے عمل میں لایا جاتا ہے ایسے مریضوں میں ناک کے ذریعہ بھی کیس دمعی میں تعدی کا امکان ہے خصوصاً جبکہ پہلے سے مریض مزمن التہاب انف یا بس میں مبتلا ہو۔ مگر تجربہ سے یہ بات غلط ثابت ہو چکی ہے۔ اس میں کوئی شک نہیں ہے کہ بسا اوقات کیس دمعی کا نہایت تکلیف دہ التہاب ناک کا مناسب علاج کرنے کے بعد خود بخود زائل ہو جاتا ہے۔ اور انفی اختناق اور اس کا دباؤ قناۃ انفی کے زیرین سرے پر پڑنے کی وجہ سے یہ راستہ عارضی طور پر بند ہو جاتا ہے۔ یا بواسیر الانف یا عظام مفتولہ کے بڑھ جانے کی وجہ سے یا حاجز انفی کے کسی ایک جانب کو ہٹ جانے کی وجہ سے ناک کے اندر قناۃ انفی کا راستہ بند ہو سکتا ہے۔

اگر مزمن التہاب کیس دمعی کا کوئی علاج نہ کیا جائے تو اندمال نہیں ہوتا۔ اور یہ حالت رفتہ رفتہ بڑھتی رہتی ہے یہاں تک کہ کیس کی دیواروں کی طبعی لچک زائل ہو جاتی ہے اور اس کے اندر کی رطوبت تاوقتیکہ باہر سے دباؤ نہ پڑے خارج نہیں ہوتی۔ اس صورت میں کسی وقت اس کے اندر حاد التہابی حالت پیدا ہو کر خراج بھی پیدا ہو سکتا ہے اور علاج معالجہ سے یہی نتیجہ پیدا ہو سکتا ہے۔ کیونکہ کیس کے خلیائی استر میں خراش کے پہونچنے سے کیس کی خولی بافتوں میں تعدی ہو سکتی ہے۔

عموماً سن رسیدہ اشخاص اس مرض میں مبتلا ہوتے ہیں۔ اور یہ وہ لوگ ہوتے ہیں جو دن رات گرد و غبار وغیرہ میں اپنے کام کاج کرتے رہتے ہیں۔ اور اپنی جسمانی صفائی وغیرہ کا قطعاً خیال نہیں رکھتے۔ بعض اوقات نوزائیدہ بچوں کو بھی یہ مرض لاحق ہو جاتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ خلیائی بشرہ کا استر آپس میں ملتصق ہو کر راستہ کو بند کر دیتا ہے یا تکوینی طور پر اس خرمے کے اندر سوراخ نہیں ہوتا جس میں سے قناۃ انفی ظہور پذیر ہوتی ہے۔ ایسی حالت میں اگر ایک باریک سلائی (پروب) احتیاط کے ساتھ اس راستہ کے اندر گذاری جائے تو یہ خرابی رفع ہو سکتی ہے۔ کبھی بچوں میں یہ حالت قطعاً نہیں اچھی ہوتی۔ ہمارا خیال ہے کہ ان میں سے اکثر مریض درنی یا آتشکی تعدی کی وجہ سے اس کا شکار ہوتے ہیں۔ اور یہ درنی یا آتشکی تعدی پہلے کیس دمعی کے گرد کی ہڈیوں میں شروع ہوتی ہے۔ جوانوں کو بھی درنی التہاب کیس دمعی لاحق ہوتا ہے مگر بہت شاذ و نادر۔

علاج - نوزائیدہ بچوں میں معمولی بورک لوشن سے دھونا چاہیے۔ بچے کی ماں اور دایہ کو ہدایت کر دی جائے کہ تطہیری تدابیر کے ماتحت اپنے ہاتھوں کو دھو کر بچے کے منہ کو دھوئیں اور کیس کو دبا کر دن میں متعدد بار خالی کر دیں۔ ایسا کرنے سے بہت سے مریض اچھے ہو جاتے ہیں۔ اگر پندرہ روز تک ان تدبیروں پر عمل کرنے سے فائدہ نہ ہو تو مریض کو بیہوش کر کے باریک سلائی (پروب) قناۃ انفی میں داخل کر کے ناک تک لیجائی جائے۔ مگر اس بات کا خیال رکھا جائے کہ قناۃ انفی کی دیواروں کو صدمہ نہ پہونچے۔ ان مریضوں میں قناۃ دمعی کو کھولنا کسی طرح مناسب نہیں ہے۔ نقطہ دمعی اور قناۃ دمعی کو "نپل شپ" کے مدد اوزار سے فراخ کیا جائے۔ نمبر ۱ یا نمبر ۲ پروب (سلائی) عمودی طور پر نقطہ دمعی میں داخل کر کے قناۃ میں لیجائیں۔ اس کے بعد اس کو اندر کی طرف آہستگی سے مگر مسلسل کوشش کے ساتھ داخل کرتے جائیں۔ یہانتک کہ پروب عظم دمعی تک پہونچ جائے۔ اس جگہ پر کچھ دیر تک پروب کو قائم رکھنے کے بعد اوپر اور اندر کی طرف کو گھمائیں اور پھر اس کو قناۃ انفی میں داخل کر کے نیچے کی طرف لے جائیں۔ یہاں تک کہ ناک کے اندر پہونچ جائے۔ مگر اس امر کا خیال رکھیں کہ نوزائیدہ بچوں میں قناۃ انفی چھوٹی ہوتی ہے۔ اگر قناۃ انفی کے طبعی راستہ میں پروب صحیح طور پر ڈالا گیا ہو تو اس کو نیچے کی طرف لیجانے میں کوئی دقت و تکلیف نہیں ہوتی۔ چونکہ اس علاج میں بے احتیاطی سے خرابیوں کے پیدا ہونے کا اندیشہ بھی ہوتا ہے لہذا مذکورہ عمل معالج خصوصی کو کرنا چاہیے۔ جوانوں میں ملتحمہ کے اندر کوکین کا محلول ڈالکر پہلے تخدیر پیدا کر لینا چاہیے اس کے بعد نقطہ دمعی کو فراخ کر لیں اور کیس دمعی کو پچکاری کے ذریعہ ہلکے محلول سے دھوئیں۔ ہمارا خیال ہے کہ شیشے کی پچکاری اس مقصد کے لئے زیادہ مفید و مناسب ہے۔ اس عمل کے واسطے اگر سوئی بھی خاص استعمال کی جائے تو بہتر ہے۔ اس سوئی کی نوک نقطہ دمعی میں داخل کریں کیس دمعی میں اس کو داخل کرنے کی ضرورت نہیں ہے پھر دو۔ تین پچکاری بورک محلول سے بھر کر محلول کو کیس دمعی میں داخل کر دیں۔ بعض حالتوں میں بالائی نقطہ دمعی کے ذریعہ آنکھ میں یہ محلول واپس آجاتا ہے۔ مذکورہ عمل کو پندرہ روز تک جاری رکھنا چاہیے۔

عموماً چند ہی روز میں ناک کے راستے سے یہ پانی نکلنا شروع ہو جاتا ہے۔ اگر یہ حالت نہ ہو تو پچکاری کا عمل ٹھہر ٹھہر کر کریں یعنی ہر دو پچکاری کے درمیان کا وقفہ بڑھا دیں۔ ایسا کرنے سے اکثر مریضوں کے علاج میں کامیابی حاصل ہوتی ہے۔ مریض کو ہدایت کر دینا چاہیے کہ وہ پچکاری کے درمیانی وقفہ کے اوقات میں اپنے مکان پر دن میں چند مرتبہ کیس دمعی کو دبا کر رطوبت کو خارج کر دیا کرے۔

چونکہ کیس دمعی اور قناۃ انفی کا اوپر کا حصہ ملتہب ہوتا ہے اسی لئے متورم غشار رطوبت کو ناک کے اندر جانے سے مانع ہوتی ہے۔ لیکن اس صورت میں مذکورہ علاج سے ورم کم ہو جاتا ہے اور راستہ بدستور سابق پھر کھل جاتا ہے اگر ہفتہ عشرہ تک علاج کرنے کے بعد بھی ناکامی ہو تو پچکاری میں بورک محلول کے بجائے ۱ فی صدی طاقت کا پروٹارگول محلول استعمال کیا جائے۔

اگر پچکاری کے عمل سے پھر بھی فائدہ نہ ہو تو ناک کا معائنہ نہایت غور سے کریں اور قناۃ انفی کو بند کرنیوالے اسباب کا تدارک کریں۔ اگر ناک کے اندر اس کے کسی سبب کا پتہ نہ چلے تو کیس دمعی کو نکال دیں، کیس دمعی کے نکالنے کا جرحی عمل اگر بہترین طریقہ پر انجام دیا جائے تو مریض کی تکلیفات قطعاً رفع ہو جاتی ہیں۔ اور اس کو دوسری تدابیر کے مقابلہ میں اس عمل میں تکلیف بھی کم ہوتی ہے۔

مزمن التہاب کیس دمعی کا علاج اکثر معالجین صرف پروب کے ڈالنے سے کرتے ہیں۔ قناۃ دمعی کو شگاف دیکر کھول دیتے ہیں۔ اور مدد آلات قناۃ انفی کے اندر ڈالکر اس کو رفتہ رفتہ فراخ کرتے جاتے ہیں۔

(۱) ملتہب کیس دمعی میں پروب کے ڈالنے میں صدمہ کا خطرہ ضرور ہوتا ہے۔

(۲) بعض اوقات اسی صدمہ کی وجہ سے اردگرد کی بافتوں میں تعدی ہو جاتی ہے۔ اور کبھی اس سے التہاب حاد منتشرہ پیدا ہو جاتا ہے۔

(۳) کوئی بات خرابی کی نہ بھی پیدا ہو تو کم از کم رگڑ کے مقام پر نسیج داخل پیدا ہو کر اور سکڑ کر بجائے ملتہب غشار کے خود اس راستہ کو بند یا تنگ کرنے کا باعث بنتی ہے۔

(۴) پروب کے داخل کرنے میں ہمیشہ تکلیف و درد ہوتا ہے۔ اور ایک مرتبہ اس عمل کو انجام دینے کے بعد عرصہ تک اس کا سلسلہ جاری رکھنے کی بھی ضرورت ہوتی ہے۔

چونکہ اس عمل سے خارجی طور پر اکثر مریضوں کو فائدہ ہوتا ہے۔ اس لئے کچھ وقفہ کے بعد اس کو بار بار دہرانے کی ضرورت ہوتی ہے۔ قناۃ دمعی میں شگاف دینے یا اس میں پروب داخل کرنے کے بعد فوراً ہی پروٹارگول کے محلول سے اس کو دھو دینا مناسب نہیں ہے۔ کیونکہ کسی قسم کے زخم یا رگڑ کے پیدا ہو جانے کی صورت میں یہ محلول گردوپیش کی ساختوں میں داخل ہو جاتا ہے اور اس کی وجہ سے التہاب منتشرہ پیدا ہو جاتا ہے۔ مذکورہ ہدایت پر عمل پیرا نہ ہونے کی

وجہ سے عصب باصرہ کا صمور اور مجہری بافتوں کا التہاب منتشرہ پیدا ہو چکا ہے۔ ذکر کردہ تمام باتیں اس امر کا بین ثبوت ہیں کہ پروب کے داخل کرنے سے صدمہ پہونچنے کا زبردست خطرہ رہتا ہے۔

بعض معالجین پروب سے راستہ بنانے کے بعد چاندی یا سیسہ کی قلمیں اندر داخل کر دیتے ہیں۔ تاکہ راستہ کھلا رہے ان قلموں کے اوپر کا سرا ٹیڑھا کر کے جفن یا رخسار پر رکھ دیتے ہیں تاکہ قلم گر نہ جائے۔ اس طریقہ علاج پر بھی وہی اعتراضات وارد ہوتے ہیں جو پروب داخل کرنے والے علاج کے متعلق بیان کئے جا چکے ہیں۔ اگر بچوں میں کسی طرح اس مرض میں افاقہ نہ ہو اور ان کے کیس دمعی کو ہم کسی طرح جرحی عمل کے ذریعہ نکال بھی نہ سکیں تو اس وقت مذکورہ طریقہ علاج کو اختیار کر سکتے ہیں۔ اس حالت میں بھی بہتر تو یہی ہے کہ جہاں تک ہو سکے عمل جرحی کر کے کیس کو نکال دیا جائے اور اس کے بعد خلا رکو سادہ (گاز) سے بھر دیا جائے۔ تاکہ زخم کا اندمال تہ سے شروع ہو۔ کیس دمعی کو نکالنے کا جرحی عمل۔ جرحی عملیات کے سلسلہ میں ملاحظہ ہو۔

اگر دونوں طرف حالت یکساں ہو تو ایک ہی وقت میں دونوں کو علیحدہ کر دیں۔ جب عمل جرحی قابل اطمینان طریقہ پر انجام پا جاتا ہے تو اندمال کے بعد ندبی ساخت پر دباؤ ڈالنے سے کسی قسم کی رطوبت آنکھ میں نہیں خارج ہوتی۔ اگر ہفتہ عشرہ کے بعد کیس دمعی کے مقام پر دباؤ ڈالنے سے آنکھ میں رطوبت واپس آئے تو اس کا مطلب یہ ہے کہ غشا، مخاطی کا کچھ حصہ باقی رہ گیا ہے، لہٰذا دوبارہ اپریشن کرنے کی ضرورت ہے۔ عموماً ایسی حالتوں میں کیس کا بطنی حصہ باقی رہ جاتا ہے۔ اور یہ حصہ چونکہ جفنی رباط کے اوپر واقع ہوتا ہے اس لئے رباط کو کاٹ دینے کے بعد اس کو ہم اچھی طرح دیکھ سکتے ہیں اس عمل سے کسی قسم کی کوئی خرابی نہیں پیدا ہوتی۔ بعض اوقات قناۃ انفی کے اوپر کے حصہ کو نہ نکالنے سے بھی آنکھ میں رطوبت واپس آتی ہے مگر جب اس کو عمدہ طریقہ پر کھرچ کر نکال دیا گیا ہو تو ایسا نہیں ہوتا۔

نزول الماء کا ہر مریض جس میں کیس دمعی کا التہاب موجود ہو اس کے نزول الماء کے عمل جرحی سے پہلے کیس دمعی کا نکال دینا ضروری ہے۔ اور اس عمل کے چند ہفتوں کے بعد جب ندبی ساخت کو دبانے سے کسی قسم کی رطوبت آنکھ کے اندر واپس نہ آئے تو اُسوقت نزول الماء کا اپریشن کرنا چاہیے۔

اگر زرق الماء کی موجودگی کے ساتھ کیس دمعی میں التہابی حالت پائی جائے تو ایک ٹیڑھا سوال یہ پیدا ہوتا

ہے کہ ایسی حالت میں فوراً قطع عنبیہ کرنا چاہیے یا نہیں؟ ایسے مریضوں میں چاہیے کہ پہلے کیس دمعی کو ملتحمہ سے پوری طرح علیحدہ کرلیں جس کا یہ طریقہ ہے کہ دونوں قناۃ دمعی کے گرد ایک (ربط) بند باندھ دیا جائے۔

بعض معالجین اس حالت میں نقاط دمعیہ کو مکواۃ حدیدہ سے جلا دیتے ہیں۔ تاکہ رطوبت کے واپس آنیکا راستہ بالکل بند ہوجائے۔ مذکورہ دونوں طریقوں کے بعد کیس کے اندر خراج پیدا ہوسکتا ہے۔ مگر اس عرصہ میں زرق المار والا قطع عنبیہ کا زخم مندمل ہوجاتا ہے۔ اور ہر حالت میں خواہ خراج میں تشگاف دیا جائے یا وہ خود پھوٹ جائے پیپ خارج ہو کر ملتحمہ کے اندر نہیں پہونچتی۔

کیس دمعی کے نکال دینے کے بعد عرصہ تک آنکھوں سے پانی بہتا ہے۔ کیونکہ کیسی رطوبت میں جراثیم کی موجودگی سے مزمن التہاب ملتحمہ پیدا ہوجاتا ہے طبعی حالت میں آنکھ سے رطوبت دمعی بخارات بن کر اڑ جاتی ہے۔ مگر جب طبعی مقدار سے زائد رطوبت پیدا ہو تو اس وقت آنسوؤں کی صورت میں آنکھ میں یا رطوبت کی صورت میں ناک میں پہونچتی ہے۔ اس لئے جرحی عمل کے بعد آنکھ سے پانی بہنے کا علاج حابس محلولات کے ذریعہ کرنا چاہیئے۔ بعض ماہرین کا خیال ہے کہ غدہ دمعیہ کو ایسی حالت میں نکال دینا بہتر ہوتا ہے۔ مگر ہمارے خیال میں اس کی کوئی ضرورت نہیں بالفرض اگر غدہ دمعیہ کو نکال بھی دیا جائے تو گرد و غبار کی وجہ سے آنکھ سے پانی کا بہنا پھر بھی نہیں رک سکتا۔

کیس دمعی کا خراج - کیس دمعی کا حاد التہاب یا کیس دمعی کے گرد کی بافتوں میں صدیدی جراثیم کی نشوونما کی وجہ سے خراج بن سکتا ہے۔ ایسی صورت میں کیس کے اوپر کی جلد متورم اور سرخ ہوجاتی ہے۔ اور بہت جلد یہ ورم اور سرخی زیریں جفن تک پہونچ جاتی ہے۔ یہاں تک کہ رخسار کا اوپر کا حصہ بھی متورم ہوجاتا ہے یہ حالت حمرا سے بہت مشابہ ہوتی ہے۔ بعض لوگ غلطی سے اس کو الحمرا ہی تشخیص کر دیتے ہیں۔

ایسی حالت میں درد شدید ہوتا ہے۔ کچھ بخار بھی موجود رہتا ہے۔ خراج کا منہ کیس کے نیچے اور باہر کی طرف بنا کرتا ہے۔ اور یہ ثقل کے ماتحت ہوا کرتا ہے۔ اسی وجہ سے پیپ مجری کنارے کی طرف آجاتی ہے۔ اگر خراج خود پھوٹ جائے تو چند روز تک پیپ نکلتی رہتی ہے۔ اور اس کے بعد مستقل ایک ناصور بن جاتا ہے۔

علاج - اگر شروع میں ایسے مریض کے دیکھنے کا اتفاق ہو تو معالج کو چاہیئے کہ قناۃ دمعی میں تشگاف دے کر اس کو کھول دے۔ اور یہ تشگاف کیس کے اندر تک ہو۔ اوپر سے بورک محلول وغیرہ کے ذریعہ تکمیدات کی جائیں

اگر خراج پورا تیار ہو تو جہاں تک اس کا منہ بنا ہو وہاں تک اچھی طرح تنگاف دے کر پیپ کو نکال دیں اور خلا کے اندر خوب دسادہ (گاز) بھر دیں۔ اس کے بعد چار چار گھنٹے کے بعد تکمیدات کرتے رہیں۔ وسادہ کو ہر روز بدلتے رہیں۔ تاکہ اس جوف کا اندمال تہ سے شروع ہو اگر عرصہ تک پیپ کا اخراج ہوتا رہے۔ تو ایک مرتبہ اس جوف کو خوب کھرچ کر پھر وسادہ بھریں اور پٹی باندھ دیں۔ گاز بھرنے اور پٹی باندھنے کے عمل کو روزانہ دہرائیں۔ عموماً غشائی سطح صدیدی عمل سے ضائع ہو جاتی ہے۔ اور کیس بھی مستقل طور پر ضائع ہو جاتی ہے۔ اسی لئے مریض صحت یاب ہو جاتا ہے۔ اگر غشاء مکمل طور پر ضائع نہ ہوئی ہو تو ناسور بن جاتا ہے۔ ایسی صورت میں ناسور کی دیواروں میں اندر کیطرف ڈارکٹر ڈالکر تنگاف دیدیں اور غشاء کے بقیہ حصص کو کاٹ کر علیحدہ کر دیں۔ مگر یہ خیال رکھیں کہ اس عمل کو حاد التہاب کے ختم ہونے کے کئی ہفتہ کے بعد کیا جائے۔

قناۃ انفی کا اختناق۔ ممکن ہے کہ بعض خراب قسم کی لیفی ساخت والا اختناق پر دب کے ڈالنے کی وجہ سے پیدا ہو۔ اور اس امر کا بھی امکان ہے کہ جو بشری خلیات نالیوں میں استر کرتے ہیں ان کے ضائع ہونے کی وجہ سے اختناقی حالت معرض وجود میں آئے۔ بعض اوقات گرد وپیش کی عظام میں درنی مرض کی موجودگی سے بھی قناۃ انفی کا اختناق رونما ہوتا ہے۔

علاج۔ اس کا علاج یہی ہے کہ پر دب سے قناۃ انفی کو فراخ کیا جائے۔ مگر اس عمل پر جو اعتراضات وارد ہوتے ہیں ان کو ہم مفصل طریقہ پر بیان کر چکے ہیں۔ ہمارے خیال میں ایسے مریضوں کی کیس دمعی کو جرحی عمل کے ذریعہ بالکل نکال دینا ہی مناسب ہے۔

امراض مشیمیہ وشبکیہ

اس کے قبل ہم بیان کر چکے ہیں کہ طبق ہدبی کے مختلف حصص تنہا شاذ ونادر ہی ماؤف ہوتے ہیں۔ یعنی ان کے ساتھ مشیمیہ وشبکیہ بھی ماؤف ہوا کرتا ہے۔ ان حصص کا تعلق طبق ہدبی کے مقدم حصہ میں بہت زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ اسی طرح اگر مشیمیہ کسی مرض میں مبتلا ہو تو جسم ہدبی میں بھی ضرور کچھ نہ کچھ التہاب ہوتا ہے۔ خواہ یہ التہاب کم ہی کیوں نہ ہو۔ شبکیہ کے بیرونی طبقات اپنے تغذیہ میں مشیمیہ کے محتاج ہیں۔ لہذا جب موخر الذکر میں

کوئی مرضی کیفیت موجود ہو تو شبکیہ پر بھی اس کا اثر ثانوی طور پر ضرور ہوتا ہے۔ مگر شبکیہ کے ابتدائی امراض میں ضروری نہیں کہ مشیمیہ بھی ماؤف ہو لیکن مشیمیہ کے ابتدائی امراض کی حالت میں شبکیہ ضرور ثانوی طور پر کم و بیش مبتلاء مرض ہو جاتا ہے۔ شبکیہ اور مشیمیہ کے درمیان جو گہرا تعلق قائم ہے وہ مرضی حالات میں اور زیادہ قوی ہو جاتا ہے۔ اسی لئے زیادہ بہتر ہے کہ ان دونوں کے امراض کو ایک جگہ پر بیان کیا جائے۔

آئندہ ہم کو معلوم ہوگا کہ بعض امراض جن کو التہاب شبکیہ کے نام سے موسوم کرتے ہیں وہ حقیقتاً ثانوی طور پر التہاب مشیمیہ کا نتیجہ ہوتے ہیں اور یہ بھی معلوم ہوگا بعض امراض جو اسی نام کے ماتحت داخل ہوتے ہیں وہ التہابی نہیں ہوتے۔ مگر اس کے باوجود اس نام سے موسوم ضرور کئے جاتے ہیں۔ لہٰذا اس امر کا خیال رکھنا چاہئے کہ التہاب شبکیہ کا لفظ نہایت وسیع معنی میں استعمال کیا جاتا ہے۔ علیٰ ہذا القیاس التہاب مشیمیہ کے ماتحت بعض اوقات بعض فسادی کیفیات داخل کی جاتی ہیں۔ حالانکہ شبکیہ میں التہابی کیفیت قطعاً نہیں ہوتی۔

مشیمیہ کے ابتدائی امراض مشیمیہ کے اندر ابتدائی التہاب کی دو صورتیں ہوتی ہیں (۱) ارتشاحی التہاب (۲) قیحی التہاب۔ ارتشاحی التہاب میں ملتہب رقبے منتشر صورت میں پائے جاتے ہیں۔ اور ان کا نام ان ہی کے مقام کے اعتبار سے رکھا جاتا ہے۔ رفتہ رفتہ یہ التہابی رقبے تمام مشیمیہ و شبکیہ میں پھیل جاتے ہیں۔ بعض اوقات اس مرض کی ابتداء شبکیہ سے بھی ہو سکتی ہے۔ جو بالآخر التہاب کل العین کے نتیجہ پر ختم ہوتی ہے۔

عموماً ارتشاحی التہاب آتشکی ہوتا ہے۔ مگر آج کل کے ماہرین کا خیال ہے کہ آتشک کے علاوہ اس کے دوسرے اسباب بھی ہو سکتے ہیں۔ یہ التہاب سب سے پہلے قعر عینی کے موخر حصہ سے شروع ہوتا ہے۔ اسوقت ہم اسکو منتشر التہاب مشیمیہ کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔ اور جب قعر عینی کے مقدم حصہ سے شروع ہوتا ہے۔ تو اسوقت اسکو ہم مقدم التہاب مشیمیہ کے نام سے نامزد کرتے ہیں۔

التہاب مشیمیہ منتشرہ۔ اس کو ارتشاحی التہاب مشیمیہ کا بہترین نمونہ سمجھتے ہوئے مطالعہ کریں۔ اس التہاب کے وہ رقبے جو تازہ تازہ ماؤف ہوئے ہوں وہ منظار عین کے ذریعہ دیکھنے پر زرد نقاط کے مانند معلوم ہوتے ہیں۔ اگر یہ رقبے شبکی عروق دموی کے نزدیک ہوں تو ظاہر ہے کہ ان عروق سے ان کی سطح گہری ہوگی یا یہ ان عروق کے پیچھے واقع ہونگے۔ یہ التہابی رقبہ جات مشیمیہ کے اندر انصباب کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں۔ اس ارتشاح سے

مشیمی عروق دموی چھپ جاتے ہیں۔ اور چونکہ یہی عروق طبعی قعری انعکاس کا سبب ہوتے ہیں اس لئے اس انعکاس میں فرق آجاتا ہے۔ ابتدائی درجات التہاب میں غشاء برگ صحیح و سالم ہوتی ہے۔ اس لئے اس وقت صرف مائی انصباب اس کے اندر سے گذر سکتا ہے۔ جو شبکیہ کو خاکستری بنانے اور اس کے اندر سحابی کیفیت پیدا کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے۔ اس لئے ان مقامات پر شبکی کنارے گندلے ہوتے ہیں۔ اور ان کی حدود نمایاں نہیں ہوتیں۔ التہابی ترشحات صرف شبکیہ کے اندر نہیں بلکہ اس سے گذر کر زجاجیہ تک پہونچ جاتے ہیں یہی وجہ ہے کہ زجاجیہ کے اندر نقاط کی صورت میں یا منتشر حالت میں سحابی کیفیت پائی جاتی ہے۔ جب زجاجیہ میں یہ سحابی کیفیت بہت زیادہ ہو تو جسم ہدبی بھی ضرور ماؤف ہوتا ہے۔ آخری مدارج میں غشاء برگ بالکل منجذب ہوجاتی ہے، حالانکہ مرضی حالات میں یہ کافی مقاومت کرتی ہے یا بمشکل منجذب ہوتی ہے۔ جیسا کہ دوسری غشاؤں میں ہوتا ہے جو لچک دار الیاف سے بنی ہوتی ہیں۔ بہرحال جب یہ غشاء منجذب ہوجائے تو شبکیہ اور زجاجیہ میں کریات بیضاء نہایت آسانی سے پہونچ سکتے ہیں۔ اس کے بعد یہ ارتشاح مشیمی ساختوں میں تبدیل ہوجاتا ہے۔ اور چھوٹا سفید لیفی طبق (کتلہ) بن جاتا ہے جو شبکی و مشیمی طبعی نسیجوں کو برباد کر دیتا ہے۔ اور دونوں کو انہیں ملاکر ایک بنا دیتا ہے۔ ان مقامات پر طبعی انعکاس قعری کا رنگ تبدیل ہو کر سفید ہوجاتا ہے۔ جس کا باعث کچھ تو لیفی ساخت ہوتی ہے اور کچھ ضمور رنیز طبقات کا پتلا ہوجانا۔ ان ہی وجوہ کے ماتحت طبعی انعکاس قعری کے مقام پر روشنی پڑنے سے صلبیہ سفید رنگ کا چمک دار نظر آتا ہے۔

ان تمام مرضی اثرات کے ماتحت بشرہ شبکیہ کی طبعی تلوین کا رنگ ضائع نہیں ہوتا۔ حالانکہ وہ خلیات جن میں یہ تلوین پائی جاتی ہے وہ مردہ ہوجاتے ہیں لیکن یہ ضرور ہوتا ہے کہ مختلف مقامات پر بیرون خلیات یا اندرون خلیات یہ رنگ مجتمع ہوجاتا ہے۔ اس کے علاوہ بشرہ ملونہ کے خلیات میں تکاثر ہوجاتا ہے گویا کہ اس کی مرضی تصویر میں منظار عین کے ذریعہ ماؤف رقبہ جات سفید نظر آتے ہیں اور ان کے اندر جا بجا رنگ کا اجتماع نقاط یا چھوٹے چھوٹے رقبوں کی صورت میں دکھائی دیتا ہے۔ رنگ کا اجتماع خصوصیت کے ساتھ ضموری رقبہ جات کے کناروں پر پایا جاتا ہے۔ علیٰ ہذا القیاس سفید ضموری رقبہ کے گرد سیاہ حلقہ نظر آتا ہے۔ گویا کہ یہ مرض کا آخری درجہ ہوتا ہے۔ یہ دھبے ہمیشہ ایسے ہی رہتے ہیں۔ جہاں جہاں حاد التہاب ہوتا ہے۔

وہاں پر یہ رقبے بہت صاف نظر آتے ہیں اور ان کی حدود بھی صاف نظر آتی ہیں۔ اس کے ساتھ دوسرے مقامات بھی ماؤف ہوتے ہیں اور ان ہی مدارج کو طے کرتے ہیں۔ یہاں تک پورا قعر عینی ان رقبوں سے پُر ہو جاتا ہے۔ اگر مرض خفیف اور معمولی ہو تو ایسے صرف چند رقبے پائے جاتے ہیں۔ اور زجاجیہ سے التہابی ترشح جذب ہو جاتا ہے۔ شدید مرض کی حالت میں یہ رقبے بہت زیادہ تعداد میں ہوتے ہیں۔ اور زجاجیہ میں سحابی مقامات بڑھتے جاتے ہیں۔ بالآخر عدسہ کا تغذیہ خراب ہو کر مضاعف موتیا بند پیدا ہو جاتا ہے۔ اس مرض کی حاد حالت چونکہ بہت کم دیرپا ہوتی ہے اسی لئے عموماً مشاہدہ میں ضموری کیفیت ہی دیکھنے میں آتی ہے۔ اس مرض کی علامات مندرجہ ذیل ہوتی ہیں۔ شروع میں صرف بینائی میں خرابی لاحق ہوتی ہے۔ جس کی وجہ یہ ہے کہ طبقہ شبکیہ ماؤف ہوتا ہی اور زجاجیہ کے اندر سحابی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ ماؤف مقامات سطح سے اٹھے ہوئے معلوم ہوتے ہیں اسوجہ سے شبکیہ کی سطح بدل جاتی ہے۔ اور اس پر ہر چیز کی شبیہ بدشکل ہو جاتی ہے۔ اس کی ادنیٰ مثال یہ ہو سکتی ہے کہ کہ ایک خط مستقیم متعدد مقامات پر منحنی معلوم ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ عموماً تمام اشیاء اپنے طبعی حجم سے چھوٹی معلوم ہوتی ہیں اور کبھی بڑی بھی دکھائی دیتی ہیں۔ ہمارے خیال میں اس کی وجہ یہ ہے کہ اجسام عصوی ومخروطی ان مقامات پر یا تو مجتمع ہو کر کھنچ جاتے ہیں۔ یا ان ہی مقامات پر ایک دوسرے سے نسبتاً ذرا دور ہو جاتے ہیں۔ مگر اس حالت کا صحیح اندازہ ہم صرف اس وقت لگا سکتے ہیں جبکہ بقعہ صفراوی ماؤف ہو۔ جسی علامات بھی ظاہر ہوتی ہیں۔ مریض کو آنکھ کے اندر روشنی کا احساس ہوتا ہے یعنی شبکیہ کی خراش کی وجہ سے چوند معلوم ہوتی ہے اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ آنکھ کے اندر بجلی کوند جاتی ہے۔ اس کے علاوہ آنکھ کے کھولنے پر مریض کو سامنے سیاہ دھبے بھی نظر آتے ہیں۔ حقیقتاً یہ سیاہ دھبے اس مقام کی وجہ سے نظر آتے ہیں جو کہ شبکیہ کے اندر ماؤف ہوتا ہے۔ اور اسی وجہ سے فضا میں سیاہ دھبے نظر آتے ہیں۔ بعد کے درجات میں ماؤف مقامات سے احساس بصارت کی تحریکات زائل ہو جاتی ہیں اور میدان بصری کے اندر یہ مقامات بصارت سے غائب ہو جاتے ہیں۔ ان مقامات کی اہمیت کا انحصار ان کی وضع پر ہوتا ہے۔ ایسے محیطی رقبوں کو مریض محسوس نہیں کرتا۔ مگر جب یہ مقامات مرکزی ہوں تو مریض اپنے سامنے دیکھنے کے قابل نہیں ہوتا۔ محیطی بصارت کے قائم رہنے کی وجہ سے مریض چل پھر سکتا ہے۔ مگر پڑھنا یا دوسرے باریک کام نہیں کر سکتا۔ یہ مرض مزمن ہوتا ہے۔ ترشحات کو انسجہ میں تبدیل ہونے کے لئے کئی ہفتے لگ جاتے ہیں۔ نئے

رقبہ جات پیدا ہونے کی وجہ سے حاد حالت کا سلسلہ ہفتوں تک جاری رہتا ہے۔ بالآخر ماؤف مقامات میں ضموری کیفیت طاری ہو کر یہ حالت مستقل ہو جاتی ہے۔

پہلے بھی ہم بیان کر چکے ہیں کہ یہ مرض عموماً اکتسابی آتشک کی وجہ سے ہوتا ہے۔ بعض اوقات خلقی آتشک بھی اس کا باعث ہوتی ہے۔ یہی وجہ یہ ہے کہ اس کے ساتھ قرنوی خلی التہاب بھی دیکھا جاتا ہے، اکثر مریضوں میں اس کا کوئی سبب نہیں معلوم ہوتا۔ ایسی صورتوں میں قیحی مرکز۔ نقرالدم یا تغذیہ کی خرابی اس کا سبب بیان کئے جاتے ہیں۔

قصر بصر میں بھی ایسی تبدیلیاں پیدا ہو جاتی ہیں مگر وہ قطعاً التہابی نہیں ہوتیں بلکہ شروع سے ہی ان میں فسادی کیفیت پائی جاتی ہے۔

علاج ۔ اس کا علاج اسباب پر منحصر ہے۔ اگر آتشک اس کا باعث ہو تو مریض کو آیوڈائیڈ دیں۔ اس کے دینے سے التہابی کیفیت تحلیل ہو جاتی ہے اس کے علاوہ طریق جسم ہدبی کے التہابی علاج کا جو طریقہ بتایا گیا ہے اس پر عمل پیرا ہوں۔ سیاہ رنگ کی عینک استعمال کرائیں۔ باریک کام کاج بالکل چھوڑ دئے جائیں۔ بعض اوقات کنپٹی پر جونک لگوانے کی بھی ضرورت ہوتی ہے۔

التہاب مشیمیہ مقدم

عموماً اس کا سبب آتشک ہوتی ہے۔ اس کا ظہور مذکورہ سابقہ التہاب کی صورت میں ہوتا ہے۔ مگر یہ التہاب قعر عینی کے محیطی حصص میں محدود رہتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ شروع شروع میں صرف منظار عین کے ذریعہ اس کی حقیقت کا انکشاف ہوتا ہے۔ بقیہ یہی حالت قصر بصر کی شدید حالتوں میں بھی پائی جاتی ہے۔ شیخوخی فساد کی وجہ سے اس کے مشابہ بسیط تلوینی تغیرات محیطی حصہ میں پائے جاتے ہیں۔ خلقی آتشک میں قعر عینی کے محیطی حصہ میں چھوٹے چھوٹے تلوینی رقبہ جات پھیلے ہوئے پائے جاتے ہیں۔ ہمارے خیال میں یہ صرف شبکی مرض ہے۔ جس کی تشخیص اسی سے ملتی ہوئی تلوینی حالت سے مشکل ہوتی ہے۔ موخرالذکر حالت بعض لوگوں میں ذاتی خصوصیت کی بنا پر پائی جاتی ہے۔

التہاب مشیمیہ مرکزی

یہ حالت التہاب مشیمیہ منتشرہ اور بعض دوسرے حالات کے ماتحت پائی جاتی ہے ماہر فاسٹر کے مرض میں ان رقبوں کی خصوصیات اس کے بالکل متضاد

ہوتی ہیں۔ یعنی ماہر فاسٹر کے مرض میں یہ رقبے پہلے سیاہ ہوتے ہیں پھر بڑھ جاتے ہیں۔ اور ان کے مرکز میں سفیدی پیدا ہو جاتی ہے۔ مرض محیط کی طرف بڑھتا رہتا ہے گویا کہ محیط پر التہابی تازے رقبہ جات بنتے رہتے ہیں۔

قرص بصری کے اتصالی حصص میں التہاب مشیمیہ

یہ التہاب جوان مریضوں میں پایا جاتا ہے۔ اس میں قرص بصری کے نزدیک التہابی ترشح پایا جاتا ہے۔ اس کا حجم قرص بصری کے برابر ہوتا ہے۔ اور شکل بیضوی ہوتی ہے التہابی ترشحات سے شبکی عروق دموی ڈھک جاتے ہیں۔ اور اسی کے ساتھ زجاجی غیر شفاف کیفیت پیدا ہو جاتی ہے بعض اوقات قرنیہ کی موخر سطح پر غیر شفاف نقاط یعنی التہاب قرنیہ نقاطی بھی موجود ہوتا ہے۔

میدان بصر میں مثلث نما رقبے بغیر بصارت کے پائے جاتے ہیں۔ جن کا سبب اب تک معلوم نہیں ہو سکا التہاب آہستہ آہستہ غائب ہو جاتا ہے۔ اس مرض کا اعادہ ممکن ہے۔

مشیمیہ کا التہاب منتشرہ

التہاب مشیمیہ منتشرہ۔ حاد حالت کی ابتدا میں قعر عینی سفیدی مائل زرد یا خاکستری رقبہ جات کی صورت میں پایا جاتا ہے۔ یہ رقبے آہستہ آہستہ کناروں پر طبعی ساختوں میں تبدیل۔ اور پھر بڑھ کر آپس میں مل جاتے ہیں۔ یہاں تک کہ قعر عینی کا بیشتر حصہ ان سے بھر جاتا ہے۔ التہابی ترشح آہستہ آہستہ نسیجوں میں تبدیل ہوتا جاتا ہے جس کی وجہ سے سفید رقبے باقی رہ جاتے ہیں اور ان کے اندر مشیمیہ کے صرف بڑے عروق باقی رہ جاتے ہیں جو آپس میں ملکر ایک جال بناتے ہیں۔ شبکی رنگ جا بجا گہرے رنگ کے سیاہ کنکوں میں جمع ہو جاتا ہے اور شبکی عروق دموی ان رقبہ جات پر سے گذرتے ہوئے طبعی حالت میں معلوم ہوتے ہیں۔ التہابی مختلف رقبوں کے آپس میں ملجانے پر درمیانی جگہوں میں جا بجا چھوٹے چھوٹے رقبے طبعی حالت میں باقی رہ جاتے ہیں۔ جن کو ہم منظار عین کے ذریعہ صاف طور پر دیکھ سکتے ہیں ضموری رقبہ جات کا قعری انعکاس سفید ہوتا ہے اور اس کے درمیان کہیں کہیں پر سرخ رنگ کے طبعی انعکاس قعری کے چھوٹے چھوٹے رقبے نظر آتے ہیں۔ پرانے رقبوں میں ضموری کیفیت لاحق ہونے کے ساتھ ہی نئے التہابی رقبے پیدا ہوتے جاتے ہیں۔ اور بعض اوقات التہابی رقبوں کا کنارہ آہستہ آہستہ طبعی نسیجوں میں آگے کو بڑھتا ہوا معلوم ہوتا ہے۔ مذکورہ مرض کے بعض مریض آتشکی ہوتے ہیں اور بعض درنی۔ بعض حالتوں میں سبب کا قطعاً پتہ ہی نہیں چلتا۔

اور بعض مریضوں کے جسم کے اندر کے جراثیمی مراکز سے دوران خون میں جراثیم داخل ہو کر مقام ماؤف پر پہونچتے ہیں اور وہاں التہابی کیفیت پیدا کرتے ہیں۔

التہاب مشیمیہ قیحی

یہ التہاب عفنی جروح کا نتیجہ ہے۔ خواہ یہ جروح کسی حادثہ سے پیدا ہوئے ہوں یا اپریشن کے بعد آنکھ میں جراثیمی تعدی کی وجہ سے قروح پیدا ہوئے ہوں یا خود قروح کی وجہ سے یہ حالت پیدا ہو گئی ہو۔ بعض حالتوں میں ذاتی عدوی کی وجہ سے بھی یہ حالت پیدا ہو سکتی ہے۔ جیسا کہ تسمّم الدم (پر سوت کے بخار) حمی نفاسی میں ہوا کرتا ہے۔ التہاب سحائی یا مجری التہاب منتشرہ خلوی کے ساتھ یہ حالت بطور عرض کے پائی جاتی ہے۔ اول الذکر حالت میں جبکہ جراثیم باہر سے آنکھ میں داخل ہوں تو زجاجیہ کے اندر جراثیم کی افزائش اس طرح ہوتی ہے جیسا کہ کسی مزرعہ جراثیمی کے اندر ہوا کرتی ہے۔ اسی کی وجہ سے قیحی التہاب جسم ہدبی اور قیحی التہاب مشیمیہ پیدا ہوتا ہے۔ ذاتی عدوی میں جراثیمی سدہ شبکی یا مشیمی عروق کے اندر پہونچکر ٹھہر جاتا ہے۔ ایسی صورت میں یہ حالت دونوں آنکھوں میں بھی پیدا ہو سکتی ہے۔

بہرحال دونوں حالتوں میں جسمانی حرارت بڑھ جاتی ہے۔ سر میں درد ہوتا ہے۔ نیم بیہوشی (غفلت) کی حالت طاری رہتی ہے۔ اور بعض اوقات قے بھی ہو جاتی ہے۔ باہر سے تعدی کی صورت میں زخم کے کنارے زرد ہوتے ہیں اور ان کے گرد کی ساختیں مردہ ہو جاتی ہیں۔ خزانہ مقدم میں صدیدی ارتشاح پایا جاتا ہے۔ ملتحمہ میں احتقان ہوتا ہے جسکی وجہ سے وہ متورم ہو جاتا ہے۔ ہدبی و ملتحمی احتقان نمایاں ہوتا ہے۔ اجفان سُرخ اور متورم ہوتی ہیں۔ آنکھ میں سخت درد ہوتا ہے۔ جس کا باعث ابتدا میں التہاب عنبیہ اور بعد میں توترعین کی زیادتی ہوتی ہے۔ زجاجیہ پیپ میں تبدیل ہو جاتی ہے اسی وجہ سے تنویر مور بی میں انعکاس زرد رنگ کا نظر آتا ہے۔ خزانہ مقدم بہت جلد پیپ سے بھر جاتا ہے۔ قرنیہ سحابی کیفیت لیے ہوئے زرد ہوتا ہے اور اس کے اندر حلقہ نما التصاب بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ جحوظ العین بھی ہو سکتا ہے اور اس کے ساتھ حرکات کا ابطال بھی رونما ہوتا ہے۔ آنکھ کے غلاف ٹینان میں التہاب پیدا ہو جاتا ہے۔ ذاتی عدوی والے مریضوں کی بینائی بہت جلد ضائع ہو جاتی ہے۔ انعکاس قعری زرد رنگ کا ہوتا ہے۔ خزانہ مقدم میں صدیدی ترشح مرض کے ابتدائی درجات میں پایا جاتا ہے۔ اگر مریض کو اپنی حالت پر چھوڑ دیا جائے تو پیپ پھوٹ نکلتی ہے۔ عام طور پر محیط قرنیہ کے ذرا پیچھے پیپ خارج ہوتی ہے۔ اسوقت

درد بند ہوجاتا ہے۔ زیادہ عرصہ تک پیپ کے خارج ہوتے رہنے کی وجہ سے آنکھ مضمور ہو جاتی ہے۔ انذار مرض خراب ہوتا ہے۔ آنکھ اس مرض میں ہمیشہ ضائع ہو جاتی ہے۔ اس کی وجہ سے دوسری آنکھ میں شرکی التہاب نہیں ہوتا۔

التہاب کل العین عام طور پر کرویات ذات الریہ کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے مگر کرویات عنقودیہ اور عقدیہ بھی اس کا سبب ہوتے ہیں۔ عصی قولونی سے بھی یہ حالت پیدا ہوتی ہے۔ عصار یا یوسائی نیس (عصار اخضر) اور اس کے علاوہ دوسرے طفیلی جراثیم بھی اسکا باعث بنتے ہیں۔

— علاج۔ اپریشن کے بعد جب ایسا ہو تو شروع کے مدارج میں عمل تقیح کو روکنے کی تدابیر اختیار کرنا چاہئے۔ زخم کے کناروں کو کاربولک ایسڈ سے جلا دیا جائے اور خزانہ مقدم کو ہائیڈروجن پر آکسائڈ سے دھویا جائے۔ اندر آیوڈوفارم لگا کر گرم تکمید کی جائے اور جونک لگوائی جائیں۔ ایٹروپین آنکھ میں ڈالی جائے۔ جب ان تدابیر کے باوجود یہ یقین ہو جائے کہ ہم آنکھ کو نہیں بچا سکتے تو اس کو نکال دینا ضروری ہے۔ اس کے واسطے عرصہ تک انتظار کسی طرح مناسب نہیں ہے۔ آنکھ پر کسی طرح کا دباؤ زیادہ نہ ہونا چاہئے۔ آخر میں جب خود پھوٹ کر پیپ نکلنے لگے تو التہاب سحائی کا ڈر رہتا ہے۔ اور اس کی وجہ سے جان کا خطرہ ہوتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ بعض معالجین اس کا اپریشن کرنا مناسب نہیں سمجھتے۔ بلکہ آنکھ میں صلیبی شگاف دیکر پیپ کو آزادانہ نکلنے کے واسطے راستہ بنا دیتے ہیں۔ اور اس وقت تک انتظار کرتے رہتے ہیں جب تک کہ تمام تقیحی علامتیں رفع نہیں ہو جاتیں۔ پھر اس کے بعد اپریشن کر کے آنکھ کو نکال دیتے ہیں۔

اگر آنکھ کو نکالتے ہوئے پیپ خارج ہونے لگے تو آنکھ میں آزادانہ شگاف دیکر اس کو خارج کر دیں۔ اور آنکھ کے اندر کی تمام ساختوں کو ملعقہ سے نکال دیں۔ بعدہ صلبیہ کے اندر مرکری کا محلول $\frac{1}{2000}$ خوب اچھی طرح چاروں طرف لگائیں اور $\frac{1}{5000}$ مرکری کے محلول سے ملتحمہ کو خوب صاف کر دیں۔ اس کے بعد اگر چاہیں تو صلبیہ کو بھی نکال دیں کیونکہ اسوقت التہاب سحائی کا خطرہ بہت کم ہو جاتا ہے۔ ورنہ کچھ دنوں انتظار کرنے کے بعد اپریشن کر کے اس کو نکال سکتے ہیں۔

طبقہ مشیمیہ کا تدرن حاد اور مزمن دونوں صورتوں کا پایا جاتا ہے۔ تدرن عمومی مشیمیہ کے اندر حاد تدرن کے آخری مدارج میں ملتا ہے۔ خصوصاً درنی التہاب سحائی کی حالت میں مشیمیہ کے اندر اس کا

پایا جانا عمومی مرض کے بقیہ عوارض میں سے پہلی چیز ہے۔ بچوں کے التہاب سحائی کے آخری مدارج میں عام طور پر پایا جاتا ہے۔ یہ حالت کبھی کبھی موت سے ایک یا دو روز قبل ظاہر ہوتی ہے۔ مرضی حالات میں تشریح بعد الموت کے سلسلے میں ہمیشہ بچوں کے التہاب سحائی میں اس کا وجود ثابت ہوتا ہے۔ منظار عین سے اگر معائنہ کیا جائے تو یہ دانے گول اور زرد نشانات کی صورت میں دکھائی دیتے ہیں۔ عموماً قرص بصری کے نزدیک ہوتے ہیں۔ مگر یہ ضروری نہیں کہ دوسرے مقامات ان سے ماؤف نہ ہوں۔ عام طور پر ۳ - ۴ جگہوں پر دکھائی دیتے ہیں۔ بعض اوقات ان کی تعداد ۶۰ - ۷۰ ہوتی ہے۔ جہاں پر یہ درنے ہوتے ہیں وہ مقام اندر کی طرف او بھرا ہوا معلوم ہوتا ہے۔ اسی کی وجہ سے شبکیہ بھی اس مقام پر اٹھا ہوا معلوم ہوتا ہے بسا اوقات یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ یہ ابھار صلبیہ کی جانب ہوتا ہے۔ مگر اس صورت میں شبکی سطح ہموار ہوتی ہے۔ کبھی یہی درنات سحائی التہاب درنی اور عمومی تدرن جن کی تشخیص متیقن نہ ہو، ان کی تشخیص کے لئے واحد ذریعہ ہوتے ہیں۔ خوردبین سے معائنہ کرنے سے ان کے اندر مخصوص درنی ساخت پائی جاتی ہے جس میں کریات عظیمہ اور کریات لمفادی ہوتے ہیں۔ اور ہر ایک درنہ میں چند عصار درنیہ بھی پائے جاتے ہیں۔

مشیمیہ کا مزمن درنی التہاب

منتشرہ بھی ہو سکتا ہے جس میں پورا مشیمیہ ماؤف ہو جاتا ہے۔ اور اس کے اندر یعنی، ندبی ساخت، بن جاتی ہے۔ اور یہ درنی التہاب کسی ایک مقام پر مقامی طور پر بھی پایا جا سکتا ہے ایسی صورت میں یہ سلعہ لحمیہ سے مشابہ ہوتا ہے جس کی تشخیص فارقہ نہایت ضروری ہے۔ اول الذکر میں مشیمیہ کے اندر ندبی ساخت بن جاتی ہے جس کے اندر کریات عظیمہ ملتے ہیں یہ حالت پھیل کر شبکیہ کو بھی ماؤف کر دیتی ہے اور بالآخر مقلہ عین کا مؤخر جوف اس سے بھر جاتا ہے۔ صلبیہ اندرونی جانب سے کسی قدر کھردرا ہو جاتا ہے۔ کیونکہ جابجا اس کی طبعی ساخت انگوری ساخت کی وجہ سے ضائع ہو جاتی ہے۔ اس مرضی حالت کے ماتحت آنکھ میں سوراخ بھی ہو سکتا ہے۔ جو عموماً آنکھ کے متقدم حصہ میں ہوتا ہے۔ اس سوراخ کے اندر سے ملتحمہ کے نیچے ایک حصہ یعنی ندبی ساخت کا گوبھی کے بیجوں سے مشابہ نظر آتا ہے۔

مشیمیہ کا مزمن تدرن بعض اوقات شبکیہ کے سلعہ عصبیہ لیفیہ کی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ یا شبکیہ کے کاذب سلعہ کی صورت کا ہوتا ہے۔ مؤخر الذکر حالت بچوں میں جوانوں سے زیادہ عام ہوتی ہے۔ مگر مرضی حالت سے تدرن کی تشخیص کی طرف شاذ و نادر ہی اشارہ ہوتا ہے۔

شبکیہ کے غائر طبقات میں مقامی نزف الدم کی وجہ سے تغیرات رونما ہونے پر بھی منظار عین کے ذریعہ شبکیہ پر ایسے مقامات نظر آتے ہیں۔ فان پرکیٹ ردعمل یا درنین کی تلقیح کے ذریعہ ہم مرض کی موجودگی معلوم کر سکتے ہیں اور تشخیص کو متعین کر سکتے ہیں۔

علاج۔ مشیمیہ کے تدرن عمومی میں مقامی علاج کی ضرورت نہیں ہوتی۔ مریض بہت جلد عمومی مرض میں مبتلا ہو کر جاں بحق تسلیم ہو جاتا ہے۔

منتشر یا مقامی تدرن کے ابتدائی مدارج میں درنین کی تلقیحات مفید ثابت ہوئی ہیں۔ اگر آنکھ میں مرض زیادہ ہو تو آنکھ کو نکال دینا چاہیے۔ تاکہ ایک خطرناک مقام جس سے عدوی تمام جسم میں عمومی صورت اختیار کر سکتا ہے اسکو ہم جسم سے علیحدہ کر کے مریض کی جان بچا سکیں۔

ذاتی سددی التہاب باطن عین

مختلف صورتوں میں رونما ہوتا ہے۔ اس سے عام طور پر طریق مشیمی ماؤف ہوتا ہے۔ کلیتاً عمومی التہاب طریق مشیمی اور جزئیتاً التہاب عنبیہ سوزاکی ہوتا ہے، التہاب جسم ہدبی و عنبی کی معمولی قسمیں ہمارے خیال میں اسی سمیں کے اثر سے پیدا ہوتی ہیں جو کہ دوران خون میں موجود ہوتی ہے اور خون میں کسی دوسرے جسمانی حصے سے حاصل ہوتی ہے۔ مثلاً منہ۔ اعضاء تناسل یا امعاء وغیرہ سے اس کا انجذاب ہوا کرتا ہے۔ تشریحی معائنہ سے معلوم ہوتا ہے کہ یہ جراثیم بطور سدد کے عروق میں پھنس جاتے ہیں۔ اس سلسلہ میں دو باتیں اور بھی مُسلّم ہیں۔

(۱) مختلف جراثیم آنکھ کی مختلف ساختوں کو پسند کرتے ہیں۔ مثلاً عصار درنیہ شبکی طبقہ پر ابتداءً حملہ آور نہیں ہوتا۔ حالانکہ طبقہ شبکیہ کا تدرن مشیمیہ کے تدرن کے ساتھ بطور عرض کے لاحق ہوتا ہے۔

(۲) سوائے شدید سمیت والے عفدی جراثیم کے بقیہ دوسرے جراثیم جو ذاتی عدوی کے ذریعہ آنکھ میں داخل ہوتے ہیں وہ بہ نسبت ان جراثیم کے معمولی اور ہلکا التہاب پیدا کرتے ہیں جو باہر سے کسی زخم وغیرہ کی وجہ سے آنکھ میں پہونچتے ہیں۔ جیسا کہ جب کرویات ذات الریہ کی تعدی جروح وخزیہ کے ذریعہ آنکھ میں ہوتی ہے تو ایسا التہاب کل العین پیدا ہوتا ہے کہ آنکھ ضائع ہو جاتی ہے۔ اسی طرح بعض جراثیم جو کہ جسم میں کسی دوسری جگہ التہاب پیدا نہیں کرتے۔ مگر آنکھ کے اندر مذکورہ طریقہ پر داخل ہونے سے التہاب کل العین کا باعث بنتے ہیں۔ اگر کرویات

ذات الریہ کسی دوسرے مرکز سے جذب ہو کر دوران خون کے ذریعہ آنکھ میں پہونچیں اور التہاب پیدا کریں تو یہ التہاب گو کہ شروع میں بہت شدید ہوتا ہے۔ مگر بہت جلد بہ نسبت سابقہ حالت کے کم ہو جاتا ہے۔ غالباً اس کی وجہ یہ ہے کہ خون اور انسجہ میں جراثیم کمزور ہو جاتے ہیں۔ اور ان کی کمزوری ان نوعی اجسام ضدیہ کی وجہ سے عمل میں آتی ہے جو خون کے اندر پیدا ہوتے ہیں۔ لہذا معلوم ہوا کہ مختلف جراثیم شدت کے اعتبار سے مختلف درجہ کا التہاب پیدا کرتے ہیں۔ جس زمانہ میں یورپ میں پرسوت کا بخار (حمی نفاسی) عام تھا یعنی جبکہ وضع حمل کے متعلق مختلف فنی آسانیاں مہیا نہ تھیں۔ اس زمانے میں اس قسم کا التہاب کل العین بہت عمومیت کے ساتھ پایا جاتا تھا۔ اس کی خاص علامت یہ ہوتی ہے کہ خزانہ مقدم میں صدیدی ارتشاح پایا جاتا ہے اور بہت جلد حدقہ عین کے اندر زرد رنگ کا انعکاس رونما ہوتا ہے۔ جس کی وجہ یہ ہے کہ زجاجیہ میں پیپ پیدا ہو جاتی ہے۔

طریق مشیمی کا شدید سددی التہاب

طریق مشیمی کے شدید سددی التہاب کے ساتھ عنبیہ جسم ہدبی اور مشیمیہ کا التہاب پایا جاتا ہے۔ اور یہ مرض خارجی۔ معمولی تعدی والے التہاب کل العین کی طرح مختلف مدارج طے کرتا ہے۔ آج کل یہ شاذونادر نظر آتا ہے مگر پھر بھی بعض مریض ایسے دیکھنے میں آتے ہیں۔ جن میں ابتدائی درجات میں التہاب طریق مشیمی موجود ہوتا ہے اور اسی کے ساتھ خزانہ مقدم میں صدیدی ارتشاح بھی پایا جاتا ہے۔ عموماً یہ متعدی امراض کے دوران میں لاحق ہوتا ہے۔ ذات الریہ۔ نزلہ وبائیہ۔ خسرہ اور حمی قرمزیہ میں خاص طریقہ پر پایا جاتا ہے۔ علیٰ ہذالقیاس التہاب سحائی۔ زحیر (پیچش) کے ساتھ بھی ملتا ہے۔ منظار عین سے معائنہ کرنے پر اس حالت میں آنکھ کے شفاف واسطے گندلے نظر آتے ہیں۔ اور ان کے اندر سے متورم اور زرد رنگ کا شبکیہ دھندلا سا دکھائی دیتا ہے۔ علاج معالجہ سے یہ التہاب رفع ہو جاتا ہے۔ اور اس کے بعد بینائی نسبتاً بہتر ہو جاتی ہے۔ اس کی شدید حالتوں میں وائد ہدبیہ تباہ ہو جاتے ہیں۔ تو تر عین گر جاتا ہے اور آنکھ مضمور ہو جاتی ہے۔ بچوں میں یہ مرض سوزاکی کرویات زوجیہ کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ اس کے ماتحت جسم ہدبی کے سلسلہ میں نئی لیفی ساخت بہت زیادہ بن جاتی ہے۔ اس کو سلعہ عصبیہ لیفیہ سے تشخیص کرنا بہت مشکل ہے۔ کاذب سلعہ عصبیہ لیفیہ میں بڑا حصہ ماؤف ہوتا ہے اور اس کی کم شدید حالتوں میں جسم ہدبی کے سلسلہ میں زجاجیہ کے اندر لیفی ساخت کم بنتی ہے۔ اور شبکیہ میں لیفی نشان (Scar

جی کم بنتا ہے۔ لیکن شبکیہ کے اندر سفید صنوبری رقبہ جات پیدا ہو جاتے ہیں جو سابقہ التہاب کی خبر دیتے ہیں۔ ان میں سے بعض منظاریین کے ذریعہ معائنہ کرنے پر مشیمیہ کی درنی حالت سے مشابہ ہوتے ہیں۔ یا شبکی مرکزی ورید کے اندر سدہ پڑ جانے کی وجہ سے جو مرضی کیفیت پیدا ہوتی ہے اس سے مشابہت رکھتے ہیں۔

بعض مریضوں کی قرص بصری مقامی طور پر ماؤف ہوتی ہے۔ ایسی صورت میں التہاب قرص بصری جس کے ساتھ ملحقہ حصص میں انصباب بہت زیادہ ہو پایا جاتا ہے۔ ان میں سے بعض طفح دملی کے ساتھ بھی دیکھے جاتے ہیں۔ یہ حالت گویا کہ کریات عنقودیہ کے سدوں کی وجہ سے پیدا ہوئی ہے۔ اور بعض اوقات کرویات ذات الریہ کی وجہ سے بھی یہی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس کے علاوہ التہاب شبکیہ کے بعض ایسے رقبے جو سفید نقاط کی صورت میں بیضوی شکل کے نظر آتے ہیں اُن کی وجہ حقیقتاً یہ ہے کہ قرص بصری کے نزدیک نزف الدم لاحق ہوتا ہے۔ ایسی کا نتیجہ ہوتے ہیں اور کبھی ایسا نہیں بھی ہوتا۔

قرنوی موخر سطح پر رسوبی نقاط کا موجود ہونا اور معمولی موخر الصاقات کا پایا جانا اس امر کی دلیل ہے کہ درنی عدوی سے پیدا شدہ التہاب مشیمیہ کی وجہ سے بتمامہ طریق ہدبی بہت جلد ماؤف ہو جاتا ہے۔

علاج۔ کا انحصار حملہ مرض کی شدت وخفت پر ہے۔ اور اس امر کو بھی کافی دخل ہے کہ ابتدائی جراثیمی مرکز کو معلوم کرنے میں ہم کہاں تک کامیاب ہوئے ہیں۔ نیز تعدی والے جراثیم کے متعلق ہمکو کہاں تک صحیح علم ہوا ہے مرض کی شدید حالت میں مریض کو بستر پر آرام سے لٹائے رکھنا چاہیے۔ اسہال لانے والی اور درد کو کم کرنے والی دوائیں دی جائیں۔ گرم تکمید سے فائدہ حاصل کیا جائے۔ ایٹروپین آنکھ میں ڈالی جائے۔

مرض کی معمولی صورتوں میں مسہل دیں۔ اور عمومی قوت بخشنے والی محرک دوائیں استعمال کرائیں۔ آنکھ میں ایٹروپین ڈالیں۔ سیاہ چشمے لگانے کی ہدایت کریں۔ جونک لگا کر مادہ کا امالہ کریں یا کنپٹی پر آبلہ اُٹھائیں۔ اگر ابتدائی عفنی مرکز کا علم حاصل ہو سکے تو اس کا فوری اور مناسب تدارک کریں۔ اور اگر خاص قسم کے کوئی جراثیم علیحدہ حاصل ہو سکیں تو اُن کی ویکسین بنا کر تلقیح کریں۔ مگر جب سبب اور جراثیم کا پتہ نہ چل سکے تو متعدد اقسام کے جراثیم کی تیار کردہ مخلوط ویکسین کی تلقیح کریں۔

(نیز التہاب مشیمیہ، سددی التہاب باطن العین۔ التہاب کل العین کے ماتحت ملاحظہ فرمایئے)

طبقہ مشیمیہ کے فسادی تغیرات

یہ تغیرات التہاب کا نتیجہ ہوتے ہیں اور ابتداءً بھی پائے جا سکتے ہیں۔ اول الذکر صورت میں مقامی ضمور رقبہ جات پائے جاتے ہیں۔ جن کے متعلق پہلے ہم مفصل بیان کر چکے ہیں۔ زرق المار کے آخری مدارج میں کلی ضمور بھی دیکھنے میں آتا ہے۔ طبقہ شبکیہ کے تغذیہ میں خرابی کی وجہ سے اس کے عصبی پرت کے بیرونی حصص میں ضموری کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ مشیمیہ کے اندر فسادی تغیرات کے پیدا ہونے سے بشرہ ملونہ کا رنگ شبکیہ کے محیطی حصص میں منتقل ہو جاتا ہے اور یہ لون وریدی تجاویف کے گرد مجتمع ہو جاتا ہے جس کی وجہ سے شبکی وریدیں جا بجا نظر آنے لگتی ہیں۔ اس کے علاوہ منظارعین کے ذریعہ ہم بعض مقامات پر شاخ دار ملون رقبہ جات دیکھ سکتے ہیں۔ یہ رقبے بہت نمایاں ہوتے ہیں اور خصوصیت کے ساتھ شبکی التہاب ملونہ میں نظر آتے ہیں۔ حقیقتاً ابتدائی ضمور کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں۔ آتشک سے پیدا ہونے والے ضمور مشیمیہ میں بھی اس سے مشابہ حالت دیکھی جاتی ہے۔ مشیمیہ کی تلوین کے انتقال کا سبب اس کے تغذیہ کی خرابی ہے جبکی تصدیق اس امر سے بھی ہوتی ہے کہ خرگوش میں یہ حالت مصنوعی طور پر پیدا کی جا سکتی ہے۔ بشرطیکہ اُن کی آنکھ کے اندر کی شرائین ہدبیہ صغیرہ کو کاٹ دیا جائے۔

طبقہ مشیمیہ کا ابتدائی فساد مقامی اور عمومی دونوں صورتیں اختیار کر سکتا ہے۔ اس کی بہترین مثال التہاب شبکیہ ملونہ ہے جس کو ہم آیندہ بیان کریں گے۔ التہاب کے بعد مشیمیہ میں مقامی ضمور کے علاوہ مرکزی ضمور یا ضمور محیط قرص بصری بھی پایا جا سکتا ہے۔

مرکزی التہاب طبقہ مشیمیہ یا مشیمی مرکزی ضمور۔ عموماً قصر بصر شدید کا نتیجہ ہوتا ہے۔ آتشک۔ ضرب اور شیخوخت سے بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ شیخوخی مرکزی ضمور مشیمیہ کی دو خاص صورتیں ہیں۔ مرکزی نقاطی التہاب مشیمیہ۔ اس صورت میں لقبہ صفراوی کے اندر بیشمار زردی مائل سفید نقاط پائے جاتے ہیں۔ ان کی تعداد میں اضافہ بھی ہو سکتا ہے اور یہ اپنی اصل حالت پر بھی قائم رہ سکتے ہیں۔ ہمیشہ چھوٹے چھوٹے ہوتے ہیں۔ عموماً ان کی شکل گول ہوتی ہے۔ ان کے کنارے بڑے بڑے کٹے ہوئے دندانے دار ہوتے ہیں۔ جن کو دیکھکر ہم کو معلوم ہوتا ہے کہ یہ آپس میں مدغم ہو گئے ہیں۔ ان مقامات پر ان کے کناروں میں بے قاعدہ طور پر خاکستری تلوین کے آثار نظر آتے ہیں۔ جس کی وجہ یہ ہے کہ ان مقامات پر بشرہ ملونہ کھنچا ہوا ہوتا ہے۔ دونوں طرف یہ حالت یکساں ہو سکتی ہے۔ اس کو بعض اوقات غلطی سے التہاب شبکیہ

بوجہ بول زلالی سمجھ لیا جاتا ہے۔ مگر بول زلالی والی حالت سے اس کو تشخیص کرنا آسان ہے۔ کیونکہ اس حالت میں یہ رقبے روشن اور چمک دار ہوتے ہیں۔ اور ایک پنکھے یا ستارہ کی شکل میں مدون ہوتے ہیں۔ مرکزی نقاطی التہاب مشیمیہ میں بینائی پر کم اثر پڑتا ہے۔ مگر دوسری شیخوخی تبدیلیاں اس کے اندر پائی جاتی ہیں۔ اسی وجہ سے بینائی خاص طور پر کم پائی جاتی ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ مشیمیہ کی سطح پر اجسام کولائڈ پیدا ہو جاتے ہیں۔ ان کی ساخت غشاء برک سے مشابہ ہوتی ہے۔ اس کی طرح یہ اجسام بھی بشرہ ملونہ کے افراز ہوتے ہیں۔

مرکزی خللی ضمور مشیمیہ

مشیمی خللی مرض فاسٹر سے اس کی تشخیص فارقہ نہایت ضروری ہے۔ یہ مرض بڑے گول یا بیضوی شکل کے فسادی تغیرات میں ظاہر ہوتا ہے۔ بقعہ صفرادی والے رقبہ میں پایا جاتا ہے۔ اس مقام پر شبکی بشرہ ملونہ کے ضمور کی وجہ سے اس کے اندر سے مشیمی دموی عروق نظر آتے ہیں۔ اور مشیمیہ کے ضمور کی وجہ سے صلبیہ اندر سے چمکتا ہوا نظر آتا ہے۔ اسی وجہ سے یہ مقام سفید معلوم ہوتا ہے اور اس کے اوپر مشیمی عروق نظر آتے ہیں۔ مگر صرف بڑے عروق دکھائی دیتے ہیں۔ چھوٹے عروق غائب ہوتے ہیں اور بڑے عروق بھی چھوٹے دکھائی دیتے ہیں۔ کیونکہ ان کی دیواروں میں فسادی تغیرات پائے جاتے ہیں جن کی وجہ سے باعتبار طبعی حالت کے یہ سکڑ جاتے ہیں۔ میدان بصر میں مرکزی حصہ بغیر بصارت کے نظر آتا ہے۔ اگر اس کے ساتھ موتیا بند بھی لاحق ہو تو نوری احساس خراب ہوتا ہے۔ اسی لئے اپریشن کے بعد اس کا نتیجہ اچھا نہیں برآمد ہوتا۔ لہٰذا ایسے مریضوں کا معائنہ نہایت غور و فکر سے کرنا چاہیئے۔ ممکن ہے کہ یہ مرکزی ضموری کیفیت التہابی انضیاب کی وجہ سے پیدا ہوئی ہو۔

مذکورہ حالتوں کے علاوہ بعض تبدیلیاں جو مخصوص طور پر حفیرہ مرکزی میں یا اس کے اردگرد پائی جاتی ہیں، بوڑھوں میں زیادہ ہوتی ہیں۔ جن کی وجہ سے مرکزی بینائی خراب ہو جاتی ہے۔ ان کے معائنہ کے واسطے حدقہ عین کے انبساط کی ضرورت ہوتی ہے۔ انبساط حدقہ کے واسطے کوکین یا ہوم ایٹروپین سے کام لینا چاہیئے۔ اور معائنہ ختم کرنے کے بعد آنکھ میں ایسرین ڈال کر حدقہ کو منقبض کر دینا ضروری ہے۔

جب کسی مریض کی مرکزی بصارت خراب ہو لیکن موتیا بند یا زرق الماء کا وجود معائنہ سے نہ ثابت ہو تو اس کا یہ مطلب ہے کہ بقعہ صفرادی میں کوئی ایسی تبدیلی واقع ہوئی ہے۔ جو اس بصارت کی کمی یا ضائع ہونے کا باعث ہے۔

اس حالت کے ابتدائی مدارج میں حفیرہ مرکزی کے گرد حلقہ نما صورت میں ملون نقاط پائے جاتے ہیں۔ یہ صورت رفتہ رفتہ محیط میں کم ہوتی جاتی ہے۔ محیط پر قعر عین طبعی حالت میں نظر آتا ہے۔ آہستہ آہستہ حفیرہ مرکزی کا رنگ ہلکا پڑنا شروع ہوجاتا ہے۔ اور بصارت تیزی کے ساتھ کم ہونے لگتی ہے یہاں تک کہ مرکز میں ایک مقام بالکل بے بصارت ہوجاتا ہے۔ میدان بصارت میں عتمہ جات نظر آتے ہیں۔ یہ حالت دونوں آنکھوں میں پائی جاتی ہے۔ مگر ایک آنکھ میں پہلے اور دوسری میں بعد کو پیدا ہوتی ہے۔ یعنی یکے بعد دیگرے دونوں ماؤف ہوجاتی ہیں۔ مگر ان میں کئی ماہ کا وقفہ ہوسکتا ہے۔ بعض ماہرین نے اس کا سبب عفنی مراکز سے سمیت کا انجذاب قرار دیا ہے۔ اور بعض کے نزدیک شعاع فوق البنفشئی کا عمل اس کا باعث ہے۔

بعض اوقات گول زردی مائل ٹکڑا جس کا حجم قرص بصری کے برابر ہوتا ہے۔ بقعہ صفراوی پر پایا جاتا ہے یہ دونوں طرف (دونوں آنکھوں میں) پایا جاسکتا ہے۔ ان مریضوں کے شبکی عروق ماؤف ہوتے ہیں۔ بعض اوقات یہ نزف الدم کے بعد پیدا ہوتا ہے۔

علاج ۔ مذکورہ فسادی تغیرات کا علاج اطمینان بخش نہیں ہے۔ اگر مرکزی تغیرات کو شروع ہی میں معالج دیکھ لے تو التہاب لثہ وغیرہ کا علاج ضروری ہے۔ جوہر کلیہ نیز عمومی محرکات کا استعمال مفید ہے۔ مگر عام طور پر اس علاج سے کوئی فائدہ نہیں پہونچتا۔ مریض کو صرف اتنی تشفی دیجا سکتی ہے کہ اس کے میدان بصارت کا بقیہ حصہ ماؤف نہ ہوگا۔

قرص بصری کے چاروں طرف مشیمیہ کا ضمور قصر بصر اور زرق الماء کے آخری مدارج میں پایا جاتا ہے۔

التہاب شبکیہ متلون ۔ رتوند
Retinitis pigmentosa

یہ نہایت مزمن قسم کا بڑھنے والا فساد دونوں آنکھوں کے طبقہ مشیمیہ میں پایا جاتا ہے۔ زمانہ طفلی میں اس کی ابتدا ہوتی ہے۔ جوانی میں یا اس کے بعد مریض بالکل اندھا ہوجاتا ہے۔ اس مرض کا اثر سب سے پہلے مشیمیہ کے شعری عروق پر ہوتا ہے۔ جس کی وجہ سے شبکیہ کے بیرونی پرت کا تغذیہ ابتدا ہی سے خراب ہوجاتا ہے۔ یہ فساد آنکھ کے اندر ایک دائرہ یا رقبہ کی صورت میں شروع ہوتا ہے اور اس کی ابتدا متعلقہ عین کی سمت الراس کے قریب سے ہوتی ہے۔ یہاں سے یہ سامنے اور پیچھے کی طرف بڑھتا رہتا ہے۔ بقعہ صفراوی مرض کے آخری مدارج میں ماؤف

ہوتا ہے۔ یہ حالت دونوں آنکھوں میں پائی جاتی ہے۔ سمت الراس کے قریب مشیمیہ کا تغذیہ دوسرے تمام مقامات سے نسبتاً خراب ہوتا ہے۔ یہی وہ مقام ہے جہاں پر شرائین ہدبیہ صغیرہ اور شرائین راجع ہدبیہ ملتی ہیں۔ اس مرض کی علامتیں نمایاں ہوتی ہیں۔ سب سے مخصوص علامت اس کی یہ ہے کہ مریض شام کو یا کچھ دیر کے بعد دیکھ نہیں سکتا۔ ممکن ہے کہ شبکیہ کے اندر تلوین پیدا ہونے سے سالہا سال تک یہ علامت پائی جائے۔ کم روشنی میں بصارت کا انحصار اجسام عصویہ پر ہوتا ہے یعنی رتوندانی اجسام کے تغذیہ کی خرابی کا نتیجہ ہے۔ اور یہ اجسام مشیمیہ کے زیادہ نزدیک ہونے کی وجہ سے ماؤف ہوتے ہیں۔ معائنہ کرنے پر ممکن ہے کہ مریض کی مرکزی بصارت اور تیزی بصارت دونوں طبعی حالت میں پائی جائیں۔ میدان بصر کا معائنہ کرنے سے (بچوں میں میدان بصر کا معائنہ ہمیشہ ناقابل اطمینان ہوتا ہے) جوانوں میں خاص طور پر میدان بصر ہم مرکز دائروں کی صورت میں سکڑا ہوا معلوم ہوتا ہے۔ اس کو آسانی کے ساتھ معلوم کرنے کے واسطے روشنی کو کم کر دینا چاہیے۔ ابتدائی درجات میں میدان بصر کے خاکہ میں دائرہ نما یا حلقہ کے مانند ایسا حصہ ملتا ہے جس میں بینائی غائب ہوتی ہے۔ گویا کہ یہ وہ مقام ہے جہاں پر فسادی تغیرات کی وجہ سے شبکیہ ماؤف ہو چکا ہے۔ پھر جیسے جیسے مرض ترقی کرتا ہے میدان بصر آہستہ آہستہ کم ہوتا چلا جاتا ہے۔ یہاں تک کہ محض مرکزی بینائی کے مقام پر صرف تھوڑی دور باہر تک بصارت باقی رہ جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس وقت بھی مرکزی بصارت درست نہ ہو یا طبعی ہو مگر مریض چلنے پھرنے سے معذور رہتا ہو۔ کیونکہ اس کی بصارت کا یہ حال ہو جاتا ہے کہ جیسے ایک شخص دو نلکیوں میں سے دیکھ رہا ہو۔ ایسی صورت میں وہ صرف اُن چیزوں کو دیکھ سکتا ہے جو کہ بالکل اس کے سامنے ہوں۔ ادھر ادھر کی کوئی چیز اس کو نظر نہیں آتی۔ ایسے مریض بیکسوں کی طرح چہار طرف متحیر پھرتے ہیں۔ ۵۰ سال یا ۶۰ سال سے پیشتر مرکزی بصارت نہیں ضائع ہوتی۔ مگر اس سے قبل موتیا بند کی وجہ سے کام کاج کے لئے بصارت خراب ہو جاتی ہے۔ ایسے مریضوں میں منظار عین کے ذریعہ تصویر عجیب و غریب نظر آتی ہے۔ جس مقام پر شبکیہ ماؤف ہوتا ہے وہاں پر بے شمار سیاہ دھبے نظر آتے ہیں۔ جو مکڑی سے مشابہ ہوتے ہیں۔ تنگی اوردہ کے گرد کچھ دور تک رنگین غلاف نظر آتا ہے۔ مگر شریانوں کی یہ حالت کبھی نہیں ہوتی۔ شبکیہ کے بشرہ ملونہ کا رنگ جیسے جیسے وہاں سے منتقل ہو کر سطحی پرتوں میں جاتا رہتا ہے ویسے ویسے یہ بشری خلیات بے رنگ ہوتے جاتے ہیں۔ اسی وجہ سے مشیمی عروق نظر آنے لگتے ہیں اور قعری انعکاس میں ان کا جال دکھائی دیتا ہے۔ ملون دھبے

جو شبکی عروق کے نزدیک نظر آتے ہیں۔ وہ ان عروق سے مقدم جانب معلوم ہوتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ اس تلوین سے کسی قدر عروق چھپ جاتے ہیں۔ مگر ان کے صحیح مقام کے متعلق کوئی شبہ نہیں رہتا۔ اسی وضع کی وجہ سے یہ تلوینی دھبے مشیمی ضموری رنگ دار دھبوں سے مختلف ہوتے ہیں۔ کیونکہ ان میں تلوین مشیمی عروق کے پیچھے ہوتی ہے۔ مختلف مریضوں میں ان رنگین دھبوں کی تعداد مختلف ہوتی ہے۔ اور بعض اوقات یہ ابتدائی مدارج میں بہت ہی کم ہوتے ہیں

ہم اس امر کا ثبوت بہم پہونچا سکتے ہیں کہ ابتدائی مدارج میں صرف ایک مخصوص حصہ ماؤف ہوتا ہے جو محیطی نہیں ہوتا۔ کیونکہ اس ماؤف حصہ کے باہر کی طرف بھی طبقہ شبکیہ ہم کو طبعی حالت میں دکھائی دیتا ہے اور یہ صاف محیطی حصہ مرض کی ترقی کے ساتھ کم ہوتا جاتا ہے۔ یعنی جیسے جیسے مرض مرکز کی طرف بڑھتا ہے کسی قدر باہر کی طرف بھی بڑھتا جاتا ہے شبکی عروق یعنی شرائیں اور اوردہ نہایت باریک دھاگوں کی طرح ہو جاتی ہیں اور جیسے جیسے تلوین بڑھتی جاتی ہے اور شبکیہ ضمور ہوتا جاتا ہے۔ ویسے ویسے شبکیہ کے عقدی خلیات عصبیہ ضائع ہوتے جاتے ہیں جسکی وجہ سے غلاف دار عصبی الیاف میں فسادی تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں یعنی مذکورہ طریقہ پر عصبی الیاف کا فسادی تغیر عصب باصرہ کے اندر بھی پہونچ جاتا ہے۔ پھر عصب باصرہ کا ضمور آہستہ آہستہ بڑھنا شروع ہوتا ہے۔ قرص بصری کے اندر ابتدائی ضمور کی علامت ملتی ہے۔ مگر یہ اس حالت کی نمایاں علامت نہیں ہوتی۔ قرص بصری کا رنگ زرد ہو جاتا ہے لیکن زیادہ تر اس کا رنگ شہد کی مکھی کے موم کی طرح زردی مائل سفید ہوتا ہے۔ اس کے اندر ریشفی تسنج نہیں بڑھتی۔ بلکہ عروق نہایت چھوٹے چھوٹے اور باریک ہو جاتے ہیں۔ اس کے بعد عدسہ کا تغذیہ خراب ہو جاتا ہے اور عرضی موتیا بند لاحق ہوتا ہے۔ اس موتیا بند کی خصوصیت یہ ہوتی ہے کہ یہ بڑھنے والے موخر قشری موتیا بند کی صورت اختیار کرتا ہے۔ چنانچہ بالآخر عدسہ کا قشری حصہ بالکل غیر شفاف ہو جاتا ہے۔ اس مرض کے مریضوں کی آنکھوں کا بعد الموت معائنہ کرنے پر معلوم ہوتا ہے کہ مشیمی عروق کے اندر بہت زیادہ بشرہ باطنہ کا فساد پایا جاتا ہے۔ یہی حالت شبکی عروق کی بھی ہوتی ہے۔ مگر یہ عروق مرض کے ابتدائی درجات میں بہت کم ماؤف ہوتے ہیں۔

اسباب

اسباب اس مرض کے ہنوز نامعلوم ہیں۔ ایک ہی خاندان کے متعدد افراد اس مرض میں مبتلا ہوتے ہیں اور ایک ہی خاندان میں کئی نسلوں تک اس مرض کا سلسلہ جاری رہنا ممکن ہے

بعض اوقات خود ان مریضوں میں یا ان کے رشتہ داروں میں جنون دیکھا جاتا ہے۔ صرع یا دماغی کمزوری کی علامات پائی جاتی ہیں۔ ان مریضوں کی مجموعی تعداد کا ۱/۴ حصہ بہرا ہوتا ہے۔ گونگے۔ اور بہرے لوگوں میں ۴ فی صدی کے اندر یہ مرض پایا جاتا ہے۔ جسمانی دیگر حصص یا دماغ یا آنکھ کے اندر خلقی بدوضعیاں پائی جاسکتی ہیں۔ خلقی آتشک سے بھی اس حالت کا پیدا ہونا ممکن ہے۔ مگر اس میں مخصوص طور پر توند کی کیفیت پیدا نہیں ہوتی۔

ممکن ہے کہ آتشکی التہاب مشیمیہ وشبکیہ میں منظار عین کے ذریعہ مرضی تصویر اور توند دونوں ویسی ہوں جیسی کہ مذکورہ مرض کے اندر بتائی گئی ہیں۔ مگر ایسے مریض بہت کمیاب ہوتے ہیں۔ صحیح توند سے اس کی تشخیص اس طرح ممکن ہے کہ اس خاندان کے دوسرے افراد میں سے کسی میں یہ حالت نہیں ہوتی۔ علاوہ اس کے ان مریضوں میں زمانہ طفولیت سے نہیں شروع ہوتی بلکہ اس کے بہت بعد اس کا آغاز ہوتا ہے۔

تشریح مرض۔ التہاب شبکیہ متلون کے مریض کی آنکھ کے معائنہ بعد الموت کا موقع ملنا شاذ و نادر ہی ممکن ہے جن حالات میں معائنہ کیا گیا ہے اُن سے معلوم ہوا ہے کہ شبکی بیرونی پرت بہت زیادہ مضمور حالت میں تھے اور ان کے اندر بشرہ مونہ کا رنگ منتقل ہو کر جمع ہو گیا تھا۔

مشیمی عروق ماؤف رقبہ جات سے غائب تھے۔ مشیمی بڑے عروق کے اندر فسادی تغیرات کے متعلق اب تک علم نہیں ہو سکا کہ فسادی تغیرات ان میں پائے جاتے ہیں یا نہیں۔ کیونکہ ان میں تبدیلی بہت ہی معمولی ہوتی ہے اور وہ بھی بعض اوقات۔ خرگوش میں تجربہ کرنے سے معلوم ہوا ہے کہ اگر شرائین ہدبی صغیرہ کو کاٹ دیا جائے تو شبکیہ کے اندر ثانوی فسادی تغیرات شروع ہو جاتے ہیں۔ اور اس کی حالت بعینہٖ التہاب شبکیہ متلون سے مشابہ ہوتی ہے یہی اس امر کی دلیل ہے کہ یہ فسادی حالت مشیمیہ کے دوران خون کی خرابی سے شروع ہوتی ہے۔

علاج۔ اس کا علاج اطمینان بخش نہیں۔ کیونکہ مرضی حالت پر کسی دوا کا خاطر خواہ اثر نہیں ہوتا۔ اس مرض میں۔ جوہر کبلیہ کھلایا جائے یا اس کی تلقیح کی جائے۔ اس کے علاوہ کہربائی رو بھی مسلسل استعمال کی جاتی ہے بعض اوقات عملی دقرنوی جائے اتصال پر گول ثقبہ بنا دینے سے فائدہ ہوتا ہے۔ شاید اس کی وجہ یہ ہو کہ ایسا کرنے سے تو ترعین کم ہو جاتا ہے۔ عدسہ کے نکال دینے سے بینائی میں کسی قدر فائدہ ہو سکتا ہے۔ مگر ابتدائی مدارج میں ایسا نہ کرنا چاہیئے بلکہ آخری درجات کے وقت کے لئے ملتوی رکھنا چاہیئے۔ اس کے واسطے جگر اور طحال کھلانا

بھی بہت مفید ہوتا ہے۔

اس مرض کی ایک اور قسم بھی ہے۔ جس میں شبکی تلوین نمایاں نہیں ہوتی۔ اس کو ماہرین التہاب شبکی متلون کے پہلے درجہ کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔ یہی حالت جب بڑھ جاتی ہے تو بالآخر عصب باصرہ کا ضمور لاحق ہوتا ہے۔ اسی لئے خلقی رتوندے سے یہ مختلف ہوتی ہے۔ کیونکہ موخرالذکر صورت میں شاذونادر ہی ایسا ہوتا ہے۔ یہ موروثی ہوتی ہے اور ایک ہی حالت پر قائم رہتی ہے۔ اس سے مشابہ سفید نقطہ دار التہاب شبکیہ منتشرہ ہے۔ اس میں مرضی کیفیت اور اس کا مرضی دور بعینہ ویسا ہی ہوتا ہے۔ مگر شبکیہ کے اندر سیکڑوں سفید نقاط نظر آتے ہیں۔ جو تمام قعر عینی پر یکساں پھیلے ہوئے ہوتے ہیں گویا کہ یہ التہاب شبکی متلون کی ایک قسم ہے۔ جو معمولی حالت سے مختلف ہوتا ہے۔ خاندان میں سب کو یہ ایک قسم کا لاحق ہوتا ہے۔ اس کی دوسری خصوصیت یہ ہوتی ہے کہ یہ حالت ہمیشہ بڑھنے والی نہیں ہوتی۔ اب تک اس کے صرف ایک مریض کے متعلق معلوم ہوا ہے کہ اس کی آنکھ کے اندر سے یہ نقاط غائب ہو گئے اور ان کی جگہ پر معمولی متلون دھبے پیدا ہو گئے۔ جو کہ التہاب شبکی متلون کی خاص علامت ہیں۔

طبقہ مشیمیہ کا طبقہ صلبیہ سے الگ ہو جانا۔

جب تکوّن التہاب جسم ہدبی وعینی کی وجہ سے آنکھ ضائع ہو جاتی ہے تو اس کے بعد طبقہ مشیمیہ صلبیہ سے الگ ہو جاتا ہے۔ زرق الماء کے بعد بھی یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے، شدید نزف الدم یا سلعات کی وجہ سے بھی صلبیہ سے مشیمیہ ہٹ جاتا ہے۔ اس مرض کی تشخیص امتحان کے وقت نہیں ہو سکتی۔ ماہر فکس کا خیال ہے کہ زرق الماء میں قطع عنبیہ کے بعد یہ حالت زیادہ پائی جاتی ہے۔ جس کی وجہ یہ ہے کہ صلبیہ سے جسم ہدبی کے الگ ہو جانے پر رطوبت مائی اس کے اور صلبیہ کے درمیان جمع ہو جاتی ہے۔ اور یہ حالت اپریشن کے بعد ابتدائی چند دنوں میں پیدا ہوتی ہے۔ خزانہ مقدم کم گہرا یا بالکل ہی غائب ہو جاتا ہے۔ منظار عین کے ذریعہ معائنہ کرنے سے بعض اوقات اکھڑا ہوا مشیمیہ محدب عدسہ کے پیچھے سیاہ کتلہ کی صورت میں نظر آتا ہے اور تنویر موربی کے ذریعہ گہرے بھورے رنگ کا کتلہ دکھائی دیتا ہے۔

انذار مرض اس کا اچھا ہوتا ہے۔ مشیمیہ اپنی طبعی جگہ پر واپس چلا جاتا ہے اور خزانہ مقدم بھی از سر نو دوبارہ قائم ہو جاتا ہے۔

اسی طرح سے زرق الماء کے ثقبی آپریشن کے بعد بھی مشیمیہ اپنی جگہہ پر سے اکھڑ جاتا ہے۔ ایسے مریض عموماً اچھے نہیں ہوا کرتے۔ شاید اس کی وجہ یہ ہو کہ سوراخ مناسب مقام سے بہت پیچھے ہٹا ہوا ہوتا ہے جس کی وجہ سے جسم ہدبی ہمیشہ کے لئے مجروح ہو جاتا ہے۔

مشیمیہ کا سلعہ خبیثہ۔ سلعات اندرون چشم میں ملاحظہ ہو۔

طبقہ شبکیہ کے ابتدائی امراض۔ طبقہ شبکیہ کے مخصوص امراض

وہ امراض جو پہلے پہل شبکیہ میں لاحق ہوتے ہیں

طبقہ شبکیہ میں پہلے پہل شروع ہونیوالا التہاب

طبقہ شبکیہ کا ابتدائی التہاب کسی عمومی مرض کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اسی لئے اسکو "عرضی مرض" کہا جائے تو بیجا نہ ہوگا۔ ممکن ہے کہ شبکیہ کا خفیف التہاب آنکھ سے زیادہ کام لینے کی وجہ سے پیدا ہو جائے۔ ایسی صورت میں باوجود اس امر کے کہ بعض علامات موجود ہوتی ہیں۔ لیکن منظار عین کے ذریعہ معائنہ کرنے پر شبکیہ میں کوئی خاص فرق نہیں پایا جاتا۔ کبھی شبکی احتقان کے متعلق ضرور بیان کیا جاتا ہے لیکن اس کی تشخیص اسوقت تک متیقن نہیں ہوتی۔ جب تک کہ منظار عین کے ذریعہ معائنہ کرنے پر شبکی عروق میں مرضی علامات نہ پائی جائیں۔ عموماً التہاب شبکیہ میں جو علامتیں پائی جاتی ہیں وہ مندرجہ ذیل ہیں۔ لیکن یہ ضروری نہیں ہے کہ کسی مریض کے اندر سب کی سب موجود ہوں۔ ان میں سے بعض کسی مریض میں اور بعض کسی دوسرے مریض میں پائی جایا کرتی ہیں۔

(۱) بصارت کی تیزی میں کسی قدر فرق آجاتا ہے۔ شاذونادر شروع کے درجات میں بصارت تیز ہو جاتی ہے۔ مگر عموماً کم ہو جایا کرتی ہے۔

(۲) میدان بصر ہم مرکز دائروں کی صورت میں سکڑ جاتا ہے۔ ماؤف رقبوں کے مقابلہ میں میدان بصر کے خاکہ کے اندر بے بصارت والے رقبہ جات پائے جاتے ہیں۔

(۳) شبکیہ کے اندر تغیرات رونما ہوتے ہیں۔ جو خوردبین سے دکھائی دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ آنکھ سے بھی یہ نظر آویں۔

(۴) نوری حس کم ہو جاتی ہے۔

(۵) چوند بھی ہو سکتی ہے۔

(۶) درد کبھی نہیں ہوتا۔ مگر مریض بعض اوقات بے چینی کی شکایت کرتا ہے۔

منظار عین کے ذریعہ معائنہ کرنے پر مقامی یا عمومی علامتیں پائی جاتی ہیں۔ جو عمومی ہیج کی صورت اختیار کرتی ہیں۔ اور خفیف منتشر سحابی کیفیت محسوس ہوتی ہے۔ یعنی شبکیہ صاف نظر نہیں آتا۔ اور اس کی تفصیل بالکل نہیں معلوم ہوتی بعض اوقات اس کے اندر صاف اور سفید لکیریں معلوم ہوتی ہیں جن کی رفتار عروق کے مطابق ہوتی ہے۔

شبکیہ کے اندر دائرہ کے مانند رقبے پائے جاتے ہیں۔ جن میں ترشح التہابی موجود ہوتا ہے۔ یہ رقبے علیحدہ علیحدہ یا ملے ہوئے اور سفید دھبوں کی صورت میں نمایاں ہوتے ہیں۔

زرد پرتوں کی صورت میں بھی پائے جاتے ہیں۔ جن کا حجم مختلف ہوتا ہے۔ ان سفید رقبوں کے اندر تلوین نہیں ہوتی۔ اور نہ ان کی حدود صاف اور نمایاں ہوتی ہیں۔ ان کو ہم مشیمی صنوبری رقبوں سے با سانی پہچان سکتے ہیں۔ عروق میں نمایاں تغیرات پائے جاتے ہیں۔ وریدیں پُر اور بے قاعدہ خمدار ہوتی ہیں۔ شرائیں میں تبدیلیاں کم ہوتی ہیں۔ مگر ان کی باریک شاخیں خمدار ہو جاتی ہیں۔ جا بجا نزف الدم پایا جاتا ہے۔ حالانکہ یہ ابتدائی التہاب شبکیہ کی کوئی خاص علامت نہیں ہے۔ اگر نزف الدم سطحی پرتوں میں واقع ہو تو اس کی شکل شعلہ سے مشابہ ہوتی ہے اور اس کے کنارے جانوروں کے پروں کی شکل سے ملتے ہیں۔ یہ نزفی مقامات عروق کے درمیان ہوتے ہیں۔ اگر گہرے پرتوں میں نزف الدم ہو تو اس کی شکل گول اور حدود صاف ہوتی ہیں اور ان کا مقام عروق کے ساتھ ساتھ ہوتا ہے۔

عصب باصرہ اور شبکیہ۔ تشریحی اور عضوی حیثیت سے دونوں ایک ہوتے ہیں۔ اسی لئے شبکیہ کے ساتھ عصب باصرہ بھی ماؤف ہوتا ہے۔ چنانچہ جب یہ نمایاں طور پر ماؤف ہو تو اسکو ہم عصبی التہاب شبکیہ کہتے ہیں۔ ایسی صورت میں قرص بصری کے کنارے مدہم ہو جاتے ہیں یا یوں سمجھئے کہ وہ صاف نظر نہیں آتے۔ اور اکثر انکے اندر شعاعی لکیریں دکھائی دیتی ہیں۔ قرص بصری سرخ ہوتی ہے۔ اور اسقدر متورم ہوتی ہے کہ اس کی پیمائش

ممکن ہو جاتی ہے۔ تاہم اسقدر متورم نہیں ہوتی جیسی کہ ابتدائی طور پر متورم ہوا کرتی ہے۔

جب شدید التہاب شبکی کے بعد ضمور شبکی لاحق ہو تو قعری انعکاس کے اندر یہ ضموری رقبہ جات مستقل طور پر زردی مائل سفید سحابی حالت میں نظر آتے ہیں۔ جن کے اندر عروق کم ہوتے ہیں اور عروق کے کنارے پر سفید لکیریں پائی جاتی ہیں۔ قرص بصری میں ضموری کیفیت بہت بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔

اس کے قبل ہم بیان کر چکے ہیں کہ عموماً شبکی التہاب کسی عمومی مرض کی علامت ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے یہ دونوں آنکھوں میں پایا جاتا ہے۔ جن امراض میں عام طور پر یہ حالت پیدا ہوتی ہے وہ حسب ذیل ہیں۔

آتشک۔ عروق دموی کے امراض۔ بول زلالی۔ ذیابیطس۔ دم ابیض لمفاوی۔ یاممی۔

علاج۔ آنکھ کو مکمل سکون کی حالت میں رکھیں۔ اور اصل سبب جس کی وجہ سے شبکی التہاب پیدا ہوتا ہے اس کا علاج کریں۔ لکھنے پڑھنے اور باریک کام کاج کو قطعاً بند کر دیں۔ سیاہ چشمے لگائیں اگر ضرورت ہو تو مریض کو اندھیرے کمرے میں رکھیں۔ التہاب خواہ آتشکی ہو یا دوسرے وجوہ سے ہر صورت میں پارہ اور آیوڈائیڈ کا استعمال مفید ہوتا ہے۔ اس سے التہابی انصباب منجذب ہو جاتا ہے اور اگر زجاجیہ کے اندر کدورت پیدا ہو گئی ہو تو وہ بھی صاف ہو جاتی ہے۔ مگر بول زلالی والے امراض میں پارے کے مرکبات ہرگز نہ استعمال کرائیں۔ مذکورہ دواؤں کے علاوہ مسہل ادویہ استعمال کرائیں۔ معرق اور مقوی دوائیں بھی دی جائیں۔

شبکی التہاب میں شبکی عروق خصوصیت کے ساتھ ماؤف ہوتے ہیں۔ التہابی حالت میں ان کا ماؤف ہونا لازم ہے۔ مگر عام طور پر ان میں تغیرات عمومی امراض کی وجہ سے بھی پیدا ہوتے ہیں۔ لہذا قبل اس کے کہ ہم شبکی التہاب کی دوسری قسموں کو بالتفصیل بیان کریں۔ مناسب معلوم ہوتا ہے کہ شبکی عروق کے عام امراض کا ذکر کر دیں۔

طبقہ شبکیہ کے عروقی تغیرات

یہ تغیرات فقرالدم عمومی کا نتیجہ ہو سکتے ہیں۔ اور مقامی اسباب کے ماتحت بھی ان کا ظہور ممکن ہے۔ یکایک اور آہستہ آہستہ دونوں طریقوں پر یہ تغیرات ظاہر ہوتے ہیں شبکی مرکزی شریاں کے اندر انسداد کی وجہ سے فوری فقرالدم لاحق ہوتا ہے۔ اور کونین کی وجہ سے اندھاپن کی صورت میں منظار عین کے ذریعہ معائنہ کرنے پر معلوم ہوتا ہے کہ شبکی عروق میں نمایاں تغیرات موجود ہیں۔ قرص بصری کا رنگ ہلکا زرد پڑ جاتا ہے۔ بعض اقسام کے دردسر میں عضلی انقباض کی وجہ سے

شرائیں سکڑ جاتی ہیں۔ مگر یہ انقباض تھوڑی ہی دیر کے لئے ہوتا ہے۔ بعض ماہرین اسکو غلط سمجھتے ہیں۔ ایک مریض میں شریانی انقباض کی وجہ سے شبکی شریان کے اندر انسداد کی علامتیں پائی گئیں مگر یہ انقباض معائنہ کے دوران میں ہی زائل ہو گیا۔ اسی کے ساتھ مریض کی حالت بھی بہتر ہو گئی۔ اس قسم کے صنور شبکی میں جو التہاب شبکیہ کے بعد لاحق ہو فقر الدم پایا جاتا ہے۔ عروق کی دیواروں کے امراض میں بھی ایسا ہوتا ہے۔ خصوصاً جبکہ شبکی عروق جسمانی دیگر عروق کی طرح مبتلا مرض ہوں۔ مذکورہ دونوں صورتوں میں عروق کمزور ہو جاتے ہیں بعض اوقات شبکی التہاب اور عروقی التہاب میں عروق کی دیواریں موٹی ہو جاتی ہیں۔ اور سفید خطوط کی صورت میں نظر آتی ہیں۔ جن کے درمیان خون کی سرخ رنگ کی رو جاری ہوتی ہے۔ آخر میں ممکن ہے کہ عروق تمام سفید لکیروں میں تبدیل ہو جائیں یا بالکل ہی غائب ہو جائیں۔

شبکیہ کی شریان مرکزی کا انسداد

اس انسداد کی وجہ سے مکمل اور فوری فقر الدم لاحق ہوتا ہے عام طور پر بائیں آنکھ ماؤف ہوتی ہے۔ اور یکا یک ایک آنکھ سے انسان اندھا ہو جاتا ہے۔ منظار عین کے ذریعہ معائنہ کرنے سے قعر عینی کی تصویر خاص قسم کی ہوتی ہے جس کو ذیل میں بیان کیا جاتا ہے۔

بڑی شرائین خیوط کے مانند ہو جاتی ہیں اور چھوٹے عروق غائب ہوتے ہیں اور وہ میں تغیرات کم ہوتے ہیں لیکن قرص بصری کے مقام پر جہاں کہ وریدین اکٹھی ہوتی ہیں یہ پتلی پڑ جاتی ہیں۔ چند گھنٹوں میں شبکیہ کی شفافیت غائب ہو جاتی ہے۔ اور وہ غیر شفاف اور اس کا رنگ دودھیا ہو جاتا ہے۔ یہ تغیر خاص طور پر قرص بصری اور بقعہ صفرادی میں نمایاں ہوتا ہے۔ شبکیہ کے غیر شفاف ہونے کی وجہ سے قرص بصری کے حدود (جن کا رنگ ہلکا پڑ جاتا ہے) صاف طور پر دکھائی نہیں دیتے۔ حفیرہ مرکزی پر جہاں کہ شبکیہ بہت زیادہ لطیف ہوتا ہے۔ مشیمیہ کا سرخ انعکاس نمایاں طور پر دکھائی دیتا ہے۔ حفیرہ مرکزی کا رنگ گہرا سرخ نظر آتا ہے اور یہ نمایاں اسوجہ سے ہوتا ہے۔ کہ اس کے چار طرف شبکیہ کا رنگ سفید سحابی ہوتا ہے۔ حفیرہ مرکزی کا رنگ اسقدر نمایاں اسی فرق کی وجہ سے ہوتا ہے جو اس کے اور اس کے گرد کی دوسری ساخت کے رنگوں میں پایا جاتا ہے۔ یہاں پر عموماً کسی قسم کا نزف الدم نہیں پایا جاتا۔ جیسا کہ پہلے ماہرین کا خیال تھا۔ اس مقام پر یا اس کے گرد و پیش کے مقامات

پر نزف الدم شاذ و نادر ہی دیکھا گیا ہے۔

حفیرہ مرکزی اور اس کے گرد و پیش کی ساختوں کے رنگ میں فرق ہونے کی وجہ سے بقعہ صفراوی کے نزدیک عروق نظر آتے ہیں۔ جو عموماً نہیں دکھائی دیا کرتے۔ کبھی دوران خون میں مکمل رکاوٹ نہیں ہوتی۔ اور دوران خون از سر نو جاری ہو جاتا ہے۔ یہ کیفیت چند روز کے بعد نمایاں ہوتی ہے۔ مقلتین پر آہستہ سے دباؤ ڈالنے پر عجیب حالت پیدا ہوتی ہے۔ اور بعض عروق خصوصاً اوردہ میں خون کی دھار چھوٹے چھوٹے قطروں میں منقسم ہو جاتی ہے۔ ان قطروں کے درمیان خالی جگہ پائی جاتی ہے۔ اور یہ قطرے وریدوں کے اندر ٹھہر ٹھہر کر حرکت کرتے ہیں کبھی ان کی حرکت دوران خون کے مخالف بھی ہوتی ہے۔ اگر وریدیں دباؤ ڈالنے پر بآسانی حائل کی جا سکیں یا ہلکے دباؤ سے شریانی ضربان پیدا ہو جائے تو یہ اس امر کی دلیل ہے کہ دوران خون مکمل طور پر بند نہیں ہوا۔ بلکہ اس کا انسداد جزئی ہے۔ شبکی تہیج یا انجمادی نکروز کئی ہفتوں کے بعد صاف ہوتا ہے۔ شبکیہ بھی شفاف ہو جاتا ہے۔ مگر اس کے اندر مکمل ضمور لاحق ہوتا ہے اور عروق سکڑ جاتے ہیں یا سفید خیوط میں تبدیل ہو جاتے ہیں اور قرص بصری ضمور رہوتی ہے۔

اگر نزف الدم کے دھبے موجود ہوں تو اس جگہ فسادی تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں۔ اور کولسٹرین کی قلمیں یا رنگ دار دھبے۔ قرص بصری اور بقعہ صفراوی کے اندر مل سکتے ہیں۔ بعض اوقات کسی قدر مرکزی بصارت قائم رہتی ہے۔ حالانکہ بظاہر مرکزی شریان کا کلی انسداد ہو چکا ہوتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ ہدبی شبکی شرائین موجود ہوتی ہیں۔ اور ان کی موجودگی سے بقعہ صفراوی والے مقام کا تغذیہ جاری رہتا ہے۔ اور اس انسداد سے یہ محفوظ رہتی ہیں۔ یہ بھی ممکن ہے کہ مرکزی شریان کے اندر سدہ ایسی جگہ پر پھنسا ہو جو کہ شریان بقعہ صفراوی کے سامنے واقع ہو۔ اس صورت میں دوران خون میں رکاوٹ اس شریان کے نکلنے کے بعد والی جگہ میں پیدا ہوتی ہے اور اس کے سامنے کا میدان بصر خراب ہو جاتا ہے۔ شاذ و نادر مریضوں میں صرف شبکی بقعی شریان کے اندر انسداد ہوتا ہے۔ پہلے درجہ کے بعد (جس میں کہ شریانیں یکایک کلی یا جزئی طور پر خون سے خالی ہو جاتی ہیں) عروق میں خون بھر جاتا ہے۔ اس حالت میں دوران خون کی رفتار کم ہوتی ہے۔ مگر اس کے باوجود عروق طبعی حالت میں نظر آ سکتے ہیں۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ معمولی درجہ کا جانبی دوران خون اس میں مدد دیتا ہے۔ جو کہ شبکی

اور بیرونی عروق کے درمیان شریانی اتصالات کے ذریعہ قائم ہو جاتا ہے۔ بعد کے مدارج میں عروقی دیواریں موٹی ہو جاتی ہیں اور دوران خون کی سرخ رو کے گرد سفید خیوط احاطہ کئے ہوئے نظر آتے ہیں، بالآخر عروق سکڑ کر مدور ہو جاتے ہیں اور صرف سفید خیوط کی صورت میں نظر آتے ہیں اور مرکزی شریان بالکل مسدود ہو جاتی ہے جس کے ساتھ قرص بصری مضمور ہوتی ہے۔ اور اس کا رنگ بالکل ہلکا ہو جاتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ عصبی الیاف میں فسادی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ اور قرص بصری میں سے شعری عروق غائب ہو جاتے ہیں۔ صرف خیوط نما شریانیں قرص بصری کے اوپر اور نزدیک خون سے پُر دکھائی دیتی ہیں۔ بڑی وریدوں میں بھی خون دکھائی دیتا ہے۔ بقیہ قعر عینی کا رنگ اور انعکاس طبعی ہوتا ہے۔ اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ غیر معمولی جانبی دوران خون کی وجہ سے بصارت کافی واپس آگئی ہے۔ مگر یہ حالت بہت ہی شاذ و نادر پائی جاتی ہے۔ بصارت کا اعادہ میدان بصر کے صدغی جانب ہی محدود رہتا ہے بعض مریضوں میں قرص بصری کے گرد عروقی اتصالات نمایاں طور پر دیکھے جاتے ہیں۔ ان کے متعلق ہم یہ خیال کر سکتے ہیں کہ توتر عین کے بڑھنے کی وجہ سے (جبکہ ہم مقلہ عین کو دبائیں)، خون آنکھ میں اندر آنے سے رہ جاتا ہے۔ مگر طبعی حالت میں ہم دیکھتے ہیں کہ طبقہ مصفویہ میں جہاں کی وریدوں پر دباؤ سب سے کم ہوتا ہے — وہاں پر طبعی طور پر دوران خون میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے۔

طبعی حالت میں شبکی شریانوں کے اندر ضربان نہیں معلوم ہوتا شبکی وریدوں میں طبعی حالت میں بھی جہاں کہیں ایک طرف یا دوسری طرف موڑ ہو وہاں پر ان میں ضربان پایا جاتا ہے، یہ ضربان قرص بصری کے کنارے پر بھی ان میں معلوم ہوتا ہے۔ اس کی وجہ حقیقتاً وہ ضغطہ ہے۔ جو وریدوں تک پہونچتا ہے۔ قرص بصری کے نزدیک وریدوں میں ضغطہ دموی کم ہو جاتا ہے۔ اور ان میں کسی قدر دوران خون میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے کیونکہ طبقہ مصفویہ کے مقام پر یہ عروق تنگ سوراخوں میں سے گذرتے ہیں۔ ہر شریانی ضربان کے ساتھ یکایک توتر عین بڑھ جاتا ہے۔ یعنی وریدوں کی بیرونی دیوار پر خون کا ضغطہ بڑھ جایا کرتا ہے جسکی وجہ سے وریدی دوران خون میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے۔ اور وہ ذرا سکڑ جاتی ہیں۔ لیکن انبساط قلب کے وقت ضغطہ کم ہونے سے کسی قدر پھیل جاتی ہیں۔ اسی وجہ سے طبعی حالت میں بھی وریدوں کے اندر ضربان پایا جاتا ہے۔ اور ایسا

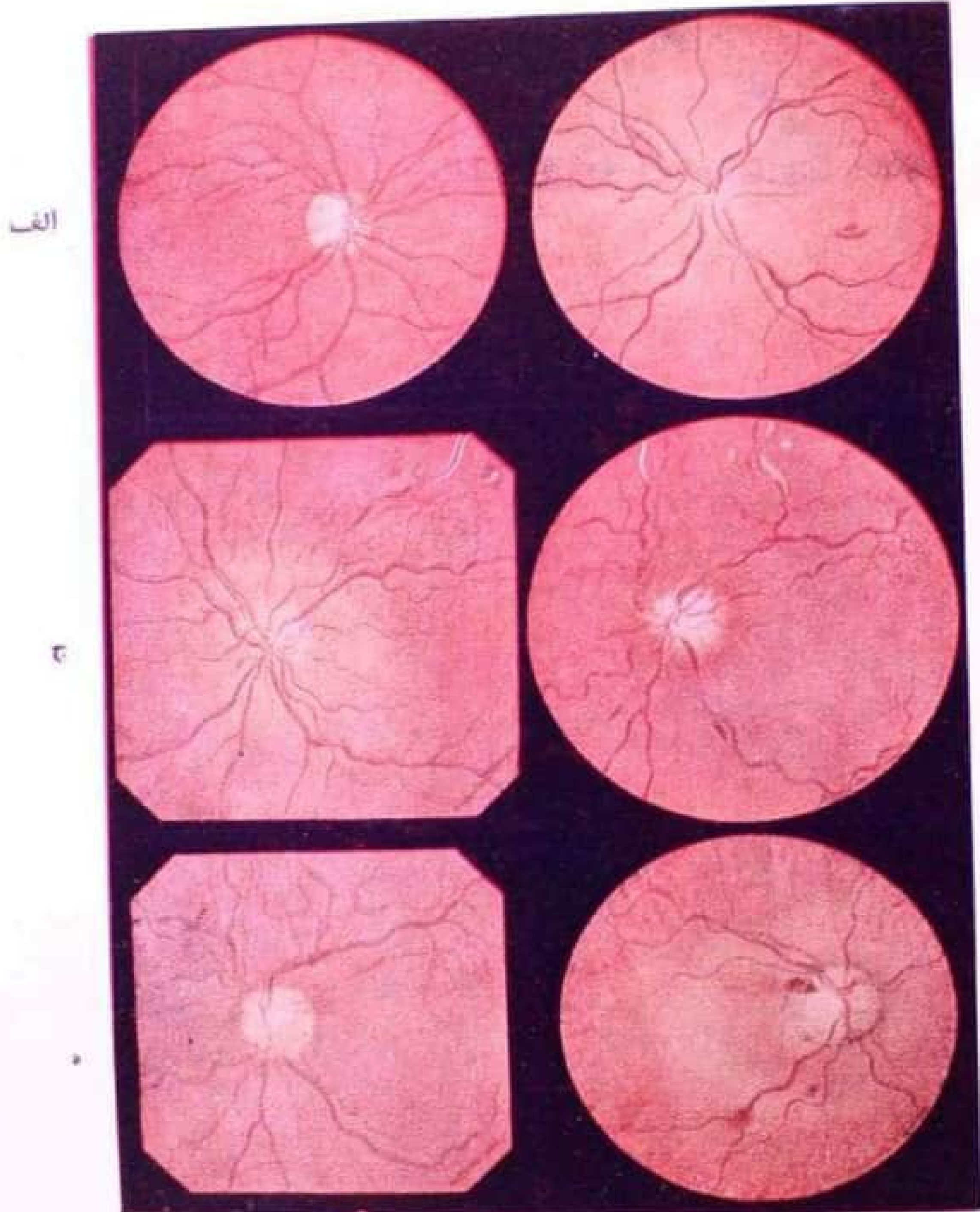
صرف اس مقام پر ہوتا ہے جہاں پر تو تریمین کم سے کم ہو یہ مقام آنکھ کے اندر قلب کے نزدیک تریعنی قرص بصری کے اوپر ہوتا ہے۔ اور یہاں پر دوران خون کے راستے میں رکاوٹ بھی ہوتی ہے۔ چنانچہ طبقہ مصفویہ کے ہر تیز موڑ پر یہی کیفیت پائی جاتی ہے۔

بعض ایسے مریض بھی ملتے ہیں جن کی مرکزی شریان کی کسی شاخ میں انسداد واقع ہوتا ہے۔ اس حالت میں شبکیہ کا صرف وہ حصہ ماؤف ہوتا ہے جس میں یہ شاخ خاص طور پر خون پہونچاتی ہے۔ ابتدائی مدارج میں عتمہ جو شبکیہ کے اس حصہ کے خراب ہو جانے کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے وہ صاف اور باقاعدہ نہیں ہوتا مگر بالآخر اس جگہ پر عتمہ کا ایک قطع مثلث نما صورت میں قائم ہو جاتا ہے۔

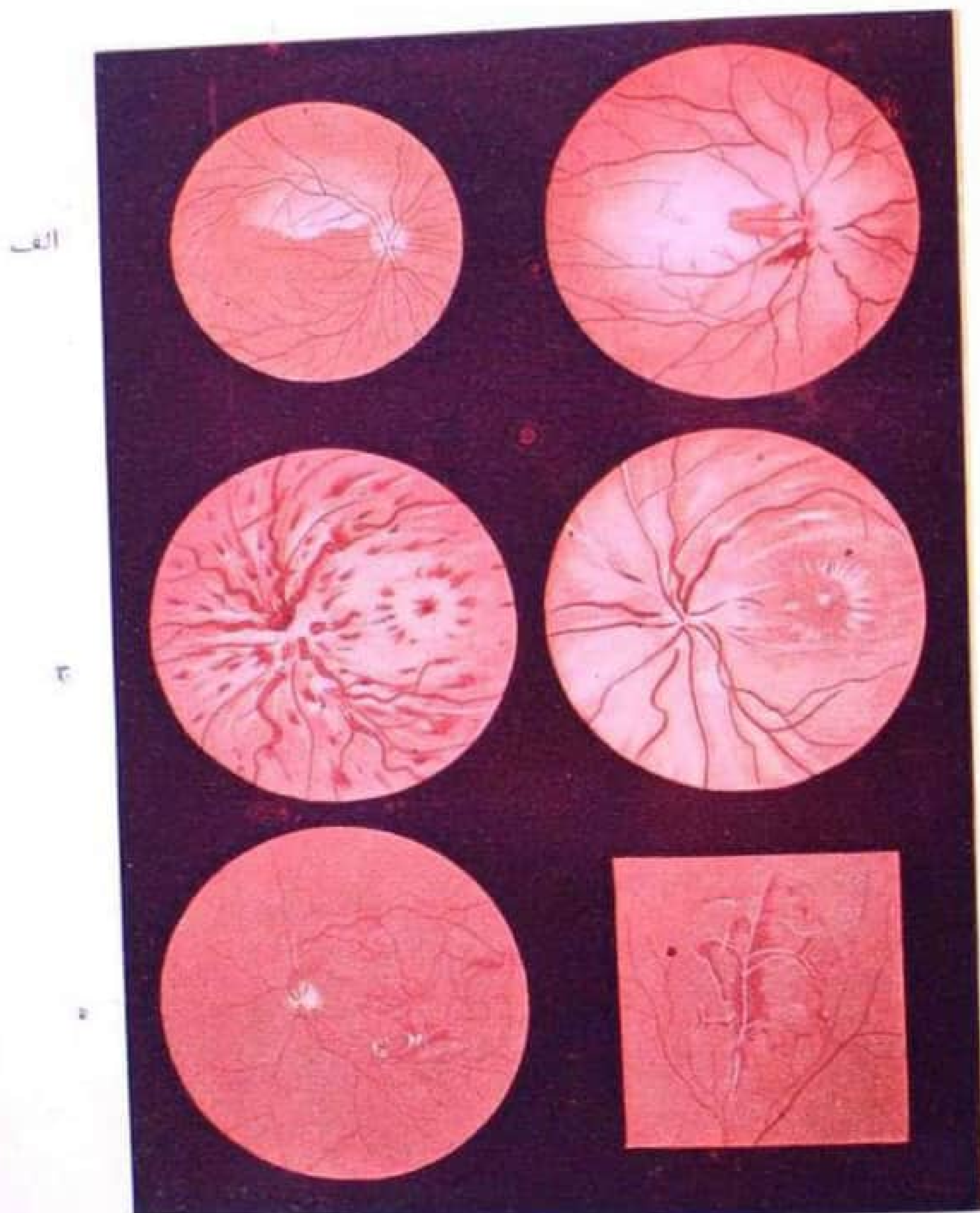
جب آنکھ کی نوری حس یا بصارت زائل ہو جائے تو حدقہ عین پھیل جاتا ہے اور نوری انعکاس غائب ہو جاتا ہے۔ تو تریمین طبعی حالت میں ہوتا ہے۔ مذکورہ علامات بصارت کے خراب ہونے سے پہلے پیدا ہوتی ہیں چنانچہ ان میں سے بعض شریانی مرض کی وجہ سے پیدا ہوتی ہیں۔ کیونکہ امراض شریانیہ کی وجہ سے ان کے اندر خون کم آتا ہے۔ اور اسی وجہ سے عارضی طور پر تو تریمین کم ہو جاتا ہے۔ شریانی امراض کے علاوہ اس کا دوسرا سبب شرائین کا عضلی انقباض بھی ہو سکتا ہے۔

مرکزی شریان کا انسداد دماغی شرائین کے انسداد کی طرح قلب کی صمام مطرالی (Mitral Valve) کے ضیق کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے خصوصاً جبکہ تازہ التہاب بطانۃ القلب واقع ہو۔ موخرالذکر سبب عام طور پر نہیں پایا جاتا ممکن ہے کہ یہ انسداد عروق کے اندر انجماد خون کی وجہ سے واقع ہو۔ اس صورت میں التہاب بطانہ شریانیہ عمومی تصلب شریانی کی وجہ سے موجود ہوتا ہے جس کی وجہ التہاب الکلیہ ہے۔ شرائین کا سوراخ جو تنگ ہو جاتا ہے یکایک مفقود ہو جاتا ہے۔ انجماد خون کی صورت میں یہ حالت ذرا آہستہ آہستہ ظاہر ہوتی ہے۔ اور اس سے قبل کی علامات منذرہ بھی پائی جاتی ہیں مثلاً بینائی کی کمی وغیرہ۔

کبھی یہ مرض بالکل اچھا ہو جاتا ہے اسی لئے بعض ماہرین کا خیال ہے کہ شریانی انقباض کی وجہ سے یہ حالت پیدا ہوتی ہے اور اس انقباض کے رفع ہوتے ہی درست ہو جاتی ہے۔ یہ مرض ۱۵ سال کی عمر تک دیکھا گیا ہے بعض مریض ایسے بھی شاذونادر دیکھنے میں آئے ہیں جن کی دونوں آنکھوں میں ایک ہی وقت میں شریان



تصلب شریانی میں آنکھ کی اندرونی شریانوں کے اندر تبدیلیاں- (الف) طبعی قعرعینی - (ب تا و) یکے بعد دیگرے مسلسل پیدا ہونے والی تبدیلیاں جو کہ تصلب شریانی میں دیکھی جاتی ہیں - (ب) مذکورہ زرد رنگ کی شریانیں جو کہ چاندی کے تاروں کی شکل اختیار کرتی ہیں - (ج) دندانہ دار اوردہ - (ب و ج) بعد میں اپنے اندر کہیں کہیں پھولے ہوئے ابھار یا انتفاخات رکھتی ہیں - (د،ہ) بل دار پیچ کے مانند عروق شبیہ - (ج،د) پیچ نما شریانیں اور وریدیں - (د،ہ) عروق کے گرد التہاب - (ج،د) عروق کا تصلب -



شبکی عروق کے اندر تبدیلیاں ۔

(الف) مرکزی شریان کے اندر جزئی سدہ اٹکا ہوا ہے جو کہ زیریں شاخ کو ماؤف کرتا ہے ۔ (ب) عصب کے اندر مکمل سدہ ہونے کی وجہ سے مرکزی شریان مسدود ہوگئی ہے ۔ (ج) مرکزی شریان کے اندر التہاب غدہ تحت الفک (گلور) کی وجہ سے انجماد دم ۔ (د) ۹ ماہ کے بعد اسی مریض کی حالت جس میں تصلب اور ضمور عروق کا دکھایا گیا ہے ۔ (ہ) شبکی عروق سے نزف الدم ۔ (و) عروق کے گرد آتشکی التہاب ۔

مرکزی کا انسداد رونما ہوا۔

شریان کے اندر رکاوٹ خواہ وہ انسداد کی وجہ سے یا انجماد خون کی وجہ سے ہو ہر دو صورتوں میں ہمیشہ طبقہ مصفویہ پر واقع ہوتی ہے۔ کیونکہ اس مقام پر شرائین قدرتی طور پر ذرا تنگ واقع ہوئی ہیں۔ شبکیہ کے عصبی اور عقدی الیاف کے پرتوں میں ضمور واقع ہوتا ہے۔ مگر اس کے بیرونی پرت اس ضمور سے محفوظ رہتے ہیں۔ کیونکہ ان کا تغذیہ مشیمیہ کے عروق شعریہ سے ہوتا رہتا ہے۔

علاج - اس مرض میں علاج سے شاذونادر کچھ فائدہ پہونچتا ہے۔ علاج کے سلسلہ میں یہ کوشش کرنا چاہئے کہ سدہ مرکزی شریان کی کسی چھوٹی شاخ میں چلا جائے یہ کوشش صرف ابتدائی حالت میں ممکن اور کارآمد ہے اس مقصد کے لئے (Amyl nitrite) سنگھائی جائے۔ مقلہ عین کی مالش کی جائے۔ قرنیہ کے اندر سوراخ کر دیا جائے اور یہ طریقہ علاج جلد از جلد کام میں لایا جائے۔

اندھے فاترالعقل بچوں میں جبکہ یہ مرض خاندان کے متعدد افراد میں پایا جاتا ہو تو ان مریضوں کی آنکھوں کا معائنہ منظار عین کے ذریعہ کرنے پر وہ علامتیں پائی جاتی ہیں جو مرکزی شریان کے سداد سے پیدا ہوتی ہیں۔ مگر ان کا سبب مختلف ہوتا ہے۔ یہ مرض عموماً یہودیوں کے بچوں میں پایا جاتا ہے اور زندگی کے پہلے سال میں شروع ہوتا ہے۔ ایک ہی خاندان کے متعدد افراد اس مرض میں مبتلا ہوتے ہیں۔ تندرست بچہ آہستہ آہستہ اندھا ہو جاتا ہے اس کے بقعہ صفراوی میں کمزوری شروع ہوتی ہے۔ بالآ اس کی حس نوری بالکل زائل ہو جاتی ہے۔ اس کے ساتھ بچے کی عقل ناقص ہوتے ہوتے وہ بالکل فاترالعقل ہو جاتا ہے۔ ایک سے لیکر دو سال کے اندر موت لاحق ہوتی ہے۔ منظار عین سے معائنہ کرنے پر بقعہ صفراوی کی جگہ روشن سفید رقبہ نظر آتا ہے جو اپنے محیطی حصہ میں طبعی قعر عینی میں مل جاتا ہے۔ اس سفید رقبہ کے درمیان بھورے رنگ کا چھوٹا مقام پایا جاتا ہے جو حقیقتاً حفیرہ مرکزی ہوتا ہے۔ آخری مدارج میں قرص بصری کا ضمور لاحق ہوتا ہے یہ حالت دونوں آنکھوں میں پائی جاتی ہے اور یہ مرض اساسی نظام عصبی کے ضمور کا نتیجہ ہوتا ہے۔ جس کی وجہ غالباً سمیت کا انجذاب ہے۔ اس فسادی تغیر میں شبکیہ کے عصبی عقدی پرت شامل ہوتے ہیں۔

شبکیہ کے عروق کے اندر فسادی تغیرات

اس مقامی مرضی حالت کا تشخیص کرنا بھی نہایت اہم ہے۔ یہ حالت عمومی مرض کی ایک مقامی مظہر ہے۔ اسی لئے عمومی مرض کے انذار کے متعلق اس سے صحیح نتیجہ اخذ کیا جا سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ شبکی عروق میں سب سے پہلی علامت تصلب کی پائی جائے اور یہ بات خصوصیت کے ساتھ دماغی مخی شرائین میں ہو۔ اس مرض کی تشخیص کے بعد ہم اس نتیجہ پر پہونچ سکتے ہیں کہ ان مریضوں میں دماغی نزف الدم کا خطرہ ہوتا ہے اس امر سے واقفیت حاصل کرنے کے بعد ہم اس قابل ہوتے ہیں کہ اس کے ازالہ کی کوشش کر سکیں اور مریض کی زندگی طویل ہو سکے۔

شبکی عروق دموی کا مرض ہمیشہ دماغی مخی امراض کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ اس امر کا امکان ہے کہ مخی عروق دموی میں کوئی مرض موجود ہو لیکن شبکی عروق دموی میں منظار عین کے معائنہ سے کوئی مرضی علامت نہ پائی جائے۔ عروق کا بہت زیادہ پیچدار ہونا فی نفسہ کوئی خاص معنی نہیں رکھتا تا وقتیکہ دوسرے اور غیر طبعی حالات اس کے ساتھ نہ پائے جاتے ہوں۔ مثلاً اس کے ساتھ عروق دموی کے حجم اور چوڑائی وغیرہ میں بے قاعدگی ہو یعنی بعض حصص عروق دموی کے بہت تنگ ہوں۔ اور بعض دوسرے حصص طبعی حالت میں ہوں۔ یا کسی قدر پھیلے ہوئے ہوں، یہ مذکورہ تغیرات اس وجہ سے پیدا ہوتے ہیں کہ بشرہ باطنہ میں تضخم پیدا ہو جاتا ہے بعض حالتوں میں ان عروق دموی میں بے شمار انورسما بھی پائے جا سکتے ہیں۔

بعض اوقات عروق دموی کا نوری انعکاس بہت روشن اور زیادہ چوڑا نظر آتا ہے۔ خصوصاً ان عروق کا جو قرص بصری سے ذرا دور واقع ہوتے ہیں طبعی حالت میں جبکہ شریان کسی ورید سے تقاطع کرتی ہو تو شریان کے پیچھے ورید کا دکھائی دینا بھی ممکن ہے۔ تصلب شریانی کی صورت میں شرائین کی شفافیت غائب ہو جاتی ہے اور اس کے پیچھے کی ورید دکھائی نہیں دیتی۔

علاوہ ازیں شریان کا دباؤ ورید پر زیادہ ہوتا ہے جس کی وجہ سے دوران خون میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے اور جس مقام پر ورید و شریان ایک دوسرے کے اوپر سے گذرتی ہیں وہاں پر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ ورید ختم ہوتی ہے نیز قرص بصری کے زیادہ نزدیک پھولی ہوئی بھی معلوم ہوتی ہے۔ بعض اوقات تقاطع پیدا کرتے ہوئے اوپر سے گذرتے میں۔ شریان ورید کو ایک طرف کر دیتی ہے۔ شدید حالتوں میں خواہ اوپر سے یا نیچے سے تقاطع کے

طریقہ پر گذرتے ہوئے شریان اپنے راستے سے ہٹ جاتی ہے۔ اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ وہ زاویہ قائمہ بناری ہے۔ اس طرح پر یہ چھوٹے سے چھوٹا راستہ اختیار کرتی ہے۔ وریدیں کہیں کہیں پھیلی ہوئی اور کہیں کہیں سکڑی ہوئی پائی جاتی ہیں۔ زیادہ نمایاں صورتوں میں عروق کی دیواریں زیادہ عیاں ہوتی ہیں اور خون کی دھار پتلی ہوجاتی ہے۔ خون کی رو کے دونوں جانب سفید لکیریں دکھائی دیتی ہیں جو حقیقتاً عروق کی دبیز دیوار ہوتی ہیں۔ یہ حالت وریدوں اور شریانوں دونوں میں عام ہوتی ہے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ کسی شریان کا ایک حصہ اس طریقہ پر ماؤف ہو۔

مذکورہ تغیرات کی وجہ سے عروق کی دیواروں میں سے سیال رطوبت باہر نکل سکتی ہے خصوصاً اس وجہ سے اور بھی اس کے نکلنے کا امکان ہوتا ہے کہ عمومی امراض کی وجہ سے عروق کے اندر کا ضغطہ دموی بڑھ جاتا ہے۔ جو ان تغیرات کا ممد و معاون بن کر عروق میں سے لمفاوی رطوبت کے ترشح کو بڑھا دیتا ہے۔ اسی وجہ سے نزف الدم کے لاحق ہونے کا بھی امکان ہے۔

مذکورہ طریقہ پر طبقہ شبکیہ میں تہیج لاحق ہوجاتا ہے۔ ایسی حالت میں شبکی سطح میں خاکستری سحابی کیفیت پیدا ہوجاتی ہے خصوصاً جبکہ قرص بصری کے گرد یا عروق کے راستے میں دھبوں کی صورت میں یہی حالت پائی جائے لکیروں کی صورت میں نزف الدم بھی لاحق ہوتا ہے۔ چنانچہ عروق دموی کے ساتھ ساتھ یا قعر عینی میں نزف الدم کے گول دھبے یا رقبے پائے جاتے ہیں۔

یہ تغیرات عموماً ادھیڑ عمر کے اشخاص میں ہوتے ہیں۔ اور شاذونادر ہی بوڑھوں کی آنکھ سے غائب ہوتے ہیں۔ مزمن التہاب الکلیہ۔ آتشک۔ اور بعض اقسام کے تسمم خصوصاً سیسہ کے تسمم۔ یا ذاتی تسمم معوی کے مریضوں میں یہ نمایاں ہوتے ہیں۔ اور ان کے ساتھ ضغطہ دموی بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ جن مریضوں میں یہ تغیرات پائے جاتے ہیں اُن کے نظام دموی اور نظام دافع فضلات کا معائنہ نہایت غور سے کرنا ضروری ہے۔ ممکن ہے کہ ایسے مریضوں میں ضغطہ دموی قلب کے پھیل جانے کی وجہ سے طبعی حالت میں رہے۔ التہاب الکلیہ والے مریضوں میں بمقابلہ التہاب شبکیہ کے شبکی عروق کے تغیرات میں انذار مرض بہتر ہوتا ہے۔ مگر موخرالذکر حالت میں اس امر کا بھی امکان ہے کہ دماغی مخی نزف الدم یا انجماد دم کی وجہ سے مریض یکایک مرجائے۔

عروقی تغیرات عورتوں میں مردوں سے زیادہ پائے جاتے ہیں۔ حالانکہ عورتیں ضغطہ دموی کی زیادتی کو مردوں کے اعتبار سے زیادہ برداشت کرسکتی ہیں۔ جوان افراد میں بھی یہ تغیرات خلقی آتشک کی وجہ سے بہت زیادہ بڑھے ہوئے مل سکتے ہیں۔ شاذونادر یہ حالت ایسے مریضوں میں موروثی طور پر بھی پائی جاتی ہے جن میں مرض آتشک بالکل نہیں ہوتا۔

جب شبکی عروق کا یہ مرض عام ہو اور اس کے ساتھ عروق سکڑے ہوئے ہوں تو شبکیہ کا تغذیہ بہت خراب ہوجاتا ہے۔ اور بالآخر ضمور عصب باصرہ پیدا ہوسکتا ہے۔ ایسی حالت میں منظار عین کے ذریعہ معائنہ کرنے سے عروق اور قرص بصری کی حالت التہاب شبکیہ ملون کے آخری مدارج کی حالت سے مشابہ ہوتی ہے۔ اس صورت میں شبکیہ کے اندر چھوٹے چھوٹے سفید دھبے یا پنکھا کے مانند یا ستارہ نما شکلیں بقعہ صفرادی پر پائی جاتی ہیں۔

(فاسٹرمور کا التہاب شبکیہ بہ سبب تصلب شریانی) عموماً یہ مرض ایک آنکھ میں ہوتا ہے۔ اور یہی ایک علامت ہے جس کے ذریعہ یہ التہاب کلیہ کے شبکی التہاب سے علیحدہ سمجھا جاسکتا ہے۔ کیونکہ موخرالذکر حالت میں دونوں آنکھوں میں التہابی حالت پائی جاتی ہے۔

شبکیہ کے اندر عروق کے مانند لکیریں

سیاہی مائل بھوری یا ملون لکیریں جو ایک دوسرے سے ملتی ہیں اور عروق کے مشابہ ہوتی ہیں شبکیہ کے اندر پائی جاتی ہیں۔ اور یہ منظار عین کے ذریعہ معائنہ کرنے پر شبکیہ کے اندر نظر آتی ہیں۔ یہ حالت شبکیہ کے ان طبقات میں پائی جاتی ہے جن میں فسادی تغیرات رونما ہوتے ہیں۔ یہ لکیریں ترتیب کے لحاظ سے طبعی عروق کی رفتار کے مطابق نہیں ہوتیں۔ عموماً قرص بصری کے نزدیک پائی جاتی ہیں۔ شبکی عروق سے گہری ہوتی ہیں۔ اور نہایت بے قاعدہ ہوا کرتی ہیں۔ ماہرین کا خیال ہے کہ لیفی ندبی ساخت کے اندر نئے عروق کے تکاثر سے یہ لکیریں پیدا ہوتی ہیں۔

طبقہ شبکیہ کے اندر احتقان دموی

یہ احتقان شریانی اور وریدی بھی ہوسکتا ہے۔ شریانی احتقان میں عروق بھرے ہوئے اور ٹیڑھے میڑھے ہوتے ہیں۔ ان کے ساتھ صرف شبکی التہاب نہیں بلکہ قرب و جوار کی ساختوں کا التہاب بھی پایا جاتا ہے۔ طرق مشیمی میں خاص طریقہ پر التہاب ہوتا ہے۔

وریدی احتقان جس میں عروق منبسط اور بہت زیادہ پیچدار ہو جاتے ہیں اس میں عروق کا انبساط اور پیچیدگی قلب کی طرف دوران خون کی رکاوٹ کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ یہ عمومی احتقان وریدی جو کہ خلقی طور پر قلب کی بدوضعی یا مقامی اسباب کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے اس کا ایک حصہ ہو سکتا ہے۔ موخرالذکر حالت میں وریدیں طبقہ مصفویہ پر کی ماؤف ہوتی ہیں جیسا کہ عصب باصرہ کے التہاب اور زرق الماء میں کسیقدر اور نہایت نمایاں طریقہ پر شریان مرکزی کے انسداد میں پائی جاتی ہیں۔ تو ترین کی زیادتی کی صورت میں اگر کسی رسولی کی وجہ سے یہ صورت پیدا ہو تو اسکی وجہ یہ ہوتی ہے کہ خون کے باہر نکلنے کا راستہ بند ہو جاتا ہے۔

نزف الدم شبکی عروق سے شبکیہ کے سامنے یا خود اس کے اندر نزف الدم ہو سکتا ہے۔ شبکیہ کے سامنے یا غشاء زجاجی کے نیچے طبقہ شبکیہ اور زجاجیہ کے غلافی غشاء کے درمیان نزف الدم لاحق ہوتا ہے۔ اور ہمیشہ بقعہ صفرادی کے قرب وجوار میں شبکیہ کے بڑے حصوں میں پایا جاتا ہے۔ شروع میں یہ حصص گول ہوتے ہیں مگر جلد ہی نیم دائرہ کی صورت اختیار کر لیتے ہیں۔ ان کا اوپر کا سرا سیدھا ہوتا ہے۔ یہ حالت تعلقی وجوہ کے ماتحت لاحق ہوتی ہے۔ ایک ہی آنکھ میں ایسے نزف الدم کے دو دھبے عام طور پر مل سکتے ہیں ماؤف حصص میں شبکی عروق نزف الدم سے پوشیدہ ہو جاتے ہیں ان کے اوپر کے پرت ہلکے رنگ کے ہو جاتے ہیں۔ جس کا سبب یہ بیان کیا جاتا ہے کہ کریات حمراء نیچے تہ نشین ہو جاتے ہیں۔ نزف الدم کا خون آہستہ آہستہ جذب ہو جاتا ہے مگر بعض اوقات ان مقامات پر کولسٹرین کی چمکدار قلمیں باقی رہ جاتی ہیں۔ انجذاب دم کے بعد بینائی بہتر ہو جاتی ہے۔ اسی مقام پر یا کسی دوسری جگہہ آنکھ میں دوبارہ نزف الدم ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ دوسرے قسم کے عروقی تغیرات کی وجہ سے انذار مرض بہتر نہ ہو۔ شبکیہ کے اندر جب نزف الدم ہوتا ہے تو وہ لکیروں کی صورت میں۔ مگر جب شبکیہ کے عصبی پرت کے اندر ہو تو شعلے کی شکل اختیار کرتا ہے۔ جب شبکی گہری ساختوں میں ہو تو اس کی شکل گول بے قاعدہ ہوتی ہے۔ یہ نزف الدم شبکیہ اور مشیمیہ کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ نہایت آہستہ آہستہ جذب ہوتا ہے۔ ماؤف مقامات بتدریج و آہستہ آہستہ سفید ہوتے جاتے ہیں۔ ملوین ان کے اندر شاذونادر ہی پائی جاتی ہے۔

شبکیہ کے اندر نزف الدم کے متعدد اسباب ہیں۔ چنانچہ عمومی امراض میں عروق کی دیواروں کے کمزور ہو جانے کی وجہ سے لاحق ہوتا ہے اور یہ عمومی امراض اور عروق کے فسادی تغیرات عمر کی زیادتی یا خون کے اجزاء

کے اندر تغیرات پیدا ہونے سے لاحق ہوتے ہیں۔ جیسا کہ فقر الدم خبیثہ۔ دم ابیض۔ اسکر بوط۔ فرفیورا جسم کے اندر عف
مراکز کی موجودگی۔ بول زلالی۔ ذیابیطس۔ فاسفورس کی سمیت کی صورت میں ہوا کرتے ہیں۔

ہر وہ سبب جس کی وجہ سے شبکی احتقان پیدا ہو۔ ثانوی طور پر نزف الدم کا باعث بنتا ہے جنین کی پیدائش
کے وقت ضغطہ دموی کی زیادتی سے بھی نزف الدم لاحق ہو سکتا ہے اور اسو جہ سے خلقی شبکی نقائص رونما ہو جاتے
ہیں۔ اس صورت میں بقعہ صفراوی کے نزدیک اور شبکیہ پر دوسری جگہ سفید یا تلوینی ضموری دھبے دکھائی دیتے ہیں
بوڑھوں کا سینہ یا گردن اگر زور سے بھینچ دی جائے تو بھی نزفی مقامات شبکیہ کے اندر نظر آتے ہیں۔ کالی کھانسی
شبکی یا ملتحمی نزف الدم لاحق ہوتا ہے۔ ضربات و حوادث۔ شدید زخم یا بے زخم کی چوٹ۔ گولی کے زخم۔ خواہ وہ
آنکھ میں ہوں یا محجر میں۔ اور آنکھ کو بلا واسطہ چوٹ بھی نہ لگی ہو ان سب صورتوں میں نزف الدم بہت زیادہ مقدار
میں ہو سکتا ہے۔ اور یہ اسقدر شدید ہوتا ہے کہ زجاجیہ کے اندر بھی پہونچ جاتا ہے۔ اسی زمرہ میں اپریشن کے بعد
والے نزف الدم کو بھی شمار کیا جاتا ہے۔ موتیا بند کے علاج کے سلسلہ میں جب آنکھ میں شگاف دیا جائے یا جب زرق الما
کی حالت میں قطع عنبیہ کا اپریشن کیا جائے تو بڑھا ہوا طبعی ضغطہ دموی درجہ صفر پر آجاتا ہے۔ اور اس کی وجہ سے آنکھ
کے اندر کے عروق منبسط ہو جاتے ہیں۔ ان کی دیواروں پر بڑا زور پڑتا ہے۔ اگر دیواروں میں کسی قسم کا مرض ہو تو
ان کے پھٹ جانے کا خطرہ رہتا ہے۔ عمر اور ان حالات پر نظر کرتے ہوئے تعجب ہوتا ہے کہ ان مریضوں میں نزف الدم
عام کیوں نہیں ہے۔

نہایت خفیف قسم کے نزف الدم والے نقاط سے بصارت میں کوئی خاص فرق پیدا نہیں ہوتا۔ غشاء زجاجی
کے نیچے نزف الدم ہونے سے مرکزی بصارت عارضی طور پر ضائع ہو جاتی ہے۔ اور دوبارہ بصارت کے درست
ہونے میں چند ہفتے لگ جاتے ہیں۔ اس میعاد میں کمی و بیشی نزف الدم پر منحصر ہوتی ہے۔ چھوٹے چھوٹے نزفی دھبے
مہینوں تک متغیر نہیں ہوتے، مگر یہ عدم تغیر بظاہر معلوم ہوتا ہے، ورنہ حقیقتاً پہلے کے نزفی دھبے صاف ہو جاتے
ہیں۔ اور دوسرے نئے دھبے اُن کی جگہہ پیدا ہو جاتے ہیں۔ اور بعض بعض حالتوں میں یہ دھبے بالکل ہی غائب
ہو سکتے ہیں۔

وریدی انجماد خون کی وجہ سے جبکہ شبکی مرکزی ورید یا اس کی بعض شاخیں ماؤف ہو جائیں۔ تو خود ان وریدوں کے ما

ہونے کی وجہ سے دوران خون میں طبقہ مصفویہ کے پیچھے رکاوٹ پیدا ہوتی ہے۔ طبقہ مصفویہ کی تمام وریدیں پُرنظر آتی ہیں۔ اور بہت زیادہ پیچ دار ہوجاتی ہیں۔ اکثر مقامات پراُن سے خون باہر نکل آتا ہے۔ اور یہ وریدی نزف الدم سے ڈھک جاتی ہیں۔ بصارت بہت خراب ہوجاتی ہے۔ مگر اسقدر جلد بصارت نہیں زائل ہوتی جتنی جلد شریان مرکزی کے اندر رکاوٹ پیدا ہونے سے ضائع ہوجاتی ہے۔ اس نزف الدم کے بار بار اعادہ سے بصارت بتمامہ ضائع ہوجاتی ہے۔

ابتدائی مدارج میں میدان بصارت سکڑا ہوا ہوتا ہے جس کے وسط میں عموماً بصارت کے دھبے پائے جاتے ہیں۔

جب شبکی مرکزی ورید کی صرف ایک شاخ ماؤف ہوتی ہے تو پیچ اور نزف الدم دونوں محدود ہوتے ہیں۔ اور ان کی تحدید صرف اسی رقبہ تک ہوتی ہے جس کا خون یہ ورید لیجاتی ہے۔ اس صورت میں رکاوٹ اُس مقام پر واقع ہوتی ہے جہاں پر ورید منقسم ہوتی ہے یا اس مقام پر جہاں پر کہ اس کے اوپر سے شریان متصلب گذرتی ہے۔ مذکورہ حالات میں بصارت کا نقص مثلث نما شکل میں پایا جاتا ہے جیساکہ شریان کے رکاوٹ کی حالت میں دیکھنے میں آتا ہے۔ اس خرابی سے بقعہ صفراوی محفوظ رہتا ہے۔ ماؤف حصئہ شبکیہ میں ضمور لاحق ہوجاتا ہے۔ اور اس کے اندر تلوینی تغیرات پیدا ہوجاتے ہیں۔ اس حالت کے دو یا تین ماہ کے بعد اکثر مریضوں میں زرق الماء پیدا ہوجایا کرتا ہے جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ آنکھ کے اندر لمفاوی رطوبت میں زلالی اجزا زیادہ ہوجاتے ہیں کسی ایک شاخ کے ماؤف ہونے پر یہ حالت نہیں پیدا ہوتی۔ ایسے متعدد مریضوں کی آنکھ میں قرص بصری کے مقام پر پیچ دار نئی وریدیں پیدا ہوجاتی ہیں۔ اور بعض مریضوں کے شبکیہ میں نئے پیچ دار عروق کے پیدا ہونے کی وجہ سے جانبی دوران خون قائم ہوتا ہے۔ یہ عروق اندر زجاجیہ میں بھی بڑھے ہوئے ہوتے ہیں۔ اور ان کے پھٹنے پر بہت بڑے زجاجی نزف الدم کے دھبے پیدا ہوتے ہیں۔

عروقی امراض دوسری آنکھ میں بھی ہوسکتے ہیں بعض اوقات مرکزی وریدوں کے دونوں طرف انجماد خون پایا جاتا ہے جن مریضوں کے مرنے کے بعد ان کی آنکھوں کا خوردبینی معائنہ کیا گیا۔ اُن میں معلوم ہوا کہ عروق کی دیواریں ماؤف تھیں اور ان کے بشرہ باطنہ میں تکاثر موجود تھا جس کی وجہ سے ان کے اندر کا سوراخ چھوٹا ہوگیا۔ ہمارے خیال میں یہ سبب وریدی دوران خون کے بند کرنے کے لئے ایسا ہی اہم ہے جیساکہ انجماد خون وریدوں کے اندر اس کا باعث ہوا کرتا ہے۔ اس مرض کے مریض بوڑھے اور ایسے افراد ہوتے ہیں جن کو قلبی یا عروقی امراض لاحق ہوتے ہیں۔ اور اُن کے قلبی و عروقی امراض کا باعث التہاب الکلیہ ہوتا ہے۔ اُن کا ضغطہ دموی بڑھا ہوتا ہے اور بول زلالی عموماً پایا جاتا ہے۔ بصارت کی خرابی کا

علم صبح کو سو کر اٹھنے پر ہوتا ہے۔ اس کی وجہ شاید یہ ہے کہ سونے کی حالت میں ضغطہ دموی کا کم ہونا اور دوران خون کی کمی انجماد خون کا باعث بنتی ہے۔ اور یہ اس وجہ سے ہوتا ہے کہ یہ عروق طبقہ مصفویہ پر کسی حد تک تنگ ہو جاتے ہیں اور اس کے علاوہ ان کے بشرہ باطنہ میں بھی تغیرات موجود ہوتے ہیں۔

انجماد خون مقامی اسباب کی وجہ سے بھی ہو سکتا ہے۔ جیسا کہ مجری التہاب خلی یا چہرے کے سرخ بادہ کی وجہ سے ہوا کرتا ہے۔ بعض اوقات جوانوں میں بخار کے بعد عفنی التہاب وریدی کے نتیجہ میں ایسا ہوا کرتا ہے۔ دوسری آنکھ میں بھی عروقی تغیرات موجود ہوتے ہیں۔ نزف الدم شبکیہ کے محیطی حصہ میں پایا جاتا ہے۔ دونوں آنکھوں میں ایک ہی وقت میں شاذونادر ہی انجماد خون دیکھا گیا ہے۔

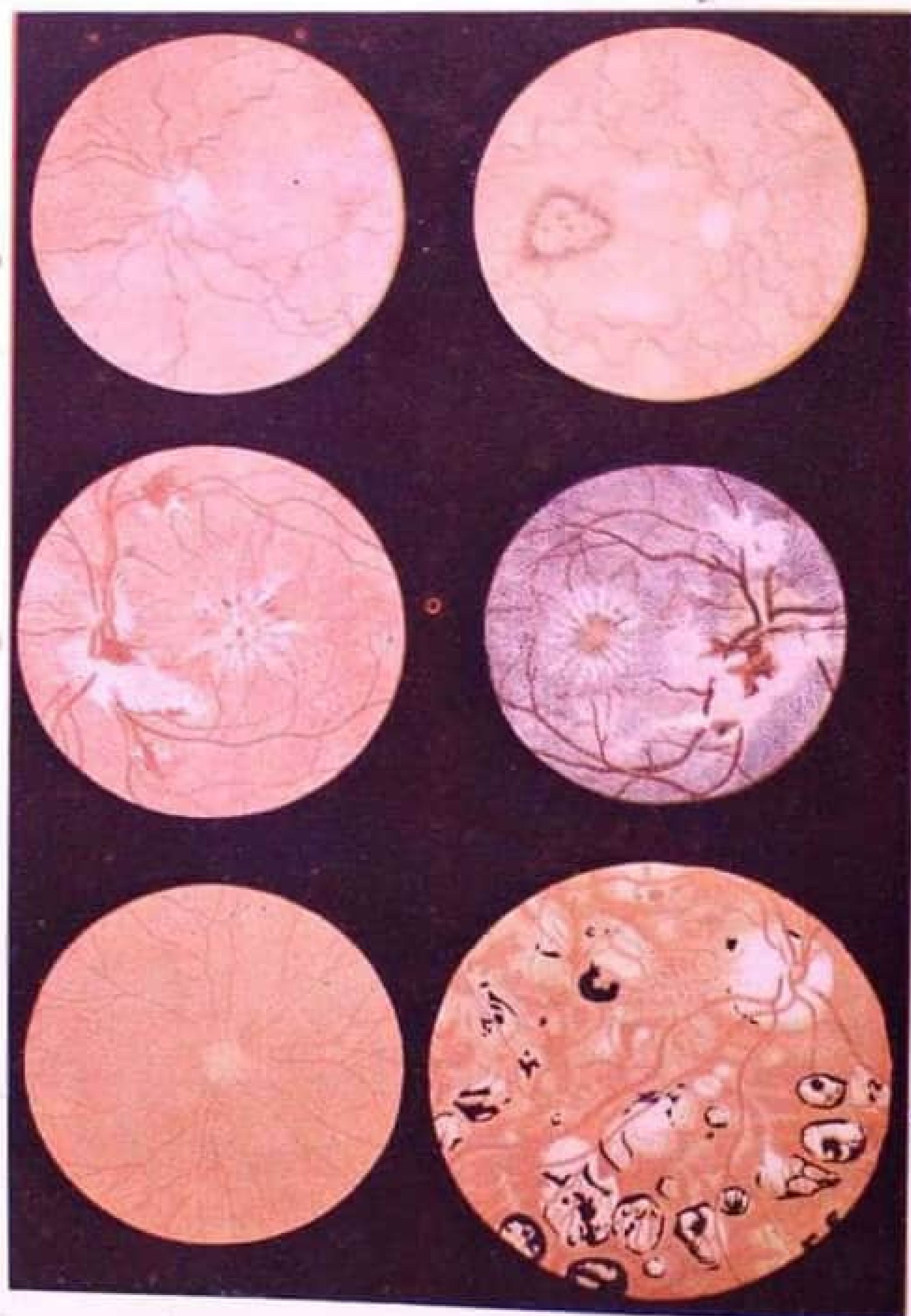
علاج۔ کسی علاج سے فائدہ نہیں ہوتا۔ ایٹروپین آنکھ میں نہ ڈالی جائے کیونکہ اس کی وجہ سے زرق المار کے پیدا ہونے کا خطرہ ہوتا ہے۔ مقامی علاج صرف اس وقت مناسب ہے جبکہ آنکھ میں تالّم ہو۔ اس وقت آنکھ کو نکال دینا چاہئے۔ اس حالت کو ہمیشہ خطرہ کا پیش خیمہ سمجھنا چاہئے۔ اور جسم کے اندر عمومی امراض کی تفتیش کی جائے۔ صحیح تشخیص کے بعد مسلسل اور مناسب علاج کیا جائے۔

التہاب شبکیہ کے مخصوص اقسام

آتشکی التہاب شبکیہ
Syphilitic-retinitis

اس کا سب سے زیادہ عام سبب آتشک ہے۔ مگر شبکیہ کے اندر یہ مرض مشیمیہ کے ماؤف ہونے کے بعد ثانوی طور پر شروع ہو جاتا ہے۔ شبکی التہاب ابتدائی طریقہ پر بھی پایا جاتا ہے جس کی نمایاں علامت عروق کے بطانہ کا آتشکی التہاب ہے۔ زجاجیہ کے اندر غبار کی طرح غیر شفافیت پائی جاتی ہے۔ ایسا خصوصیت کے ساتھ اس کے موخر حصہ میں ہوا کرتا ہے۔ شبکیہ کی حالت سحابی ہو جاتی ہے۔ اور یہ سحابی حالت قرص بصری کے جوار میں خاص طور پر پائی جاتی ہے۔ قرص بصری میں دموی احتقان ہوتا ہے۔ بقعہ صفرادی کے اندر زرد یا سفید دھبے نظر آتے ہیں۔ جو قعر عینی کے محیط پر تلوین سے محدود ہوتے ہیں۔

مزمن التہاب شبکیہ لونہ سے مشابہ مختلف حالتیں پائی جاتی ہیں۔ مگر اس کے مانندان کے اندر تلوین کی تقسیم خاص طور پر نہیں ہوتی۔ مریض کو مرکزی بصارت کی خرابی کا احساس ہوتا ہے۔ رات کے وقت عدم بصارت کی شکایت ہوتی ہے



التہاب شبکیہ ۔

(الف) فقر الدم خبیثہ کے اندر شبکیہ کا تہیج - (ب) دم ابیض کے اندر التہاب شبکیہ - (ج) بول زلالی کے اندر التہاب شبکیہ - حاملہ کا التہاب عصب بصری (د) ایک حبشی کی آنکھ کے اندر بول زلالی کی وجہ سے التہاب شبکیہ - (ہ) آتشکی التہاب شبکیہ - (و) ضمور شبکیہ و مشیمیہ - قرص بصری کا ضمور بوجہ آتشکی التہاب شبکی ومشیمی ۔

بے قاعدہ دائرہ کی صورت میں میدان بصر سکڑ جاتا ہے۔ جس کے مرکز میں یا مرکز سے باہر عدم بصارت کے حلقہ نما رقبے پائے جا سکتے ہیں۔ شبکیہ کے اندر آتشکی التہابی رقبوں کے مقام پر انسجہ کے اندر بہت خفیف تبدیلی ہوتی ہے۔ مگر اکثر مریضوں میں نئے عروق کی پیدائش کی طرف زیادہ میلان ہوتا ہے۔ اور یہ عروق صرف شبکیہ میں محدود نہیں رہتے بلکہ زجاجیہ کے اندر بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔ اور اس کے اندر عروق پیچ دار گچھوں کی صورت اختیار کرتے ہیں۔ ان عروق کا باہمی اتصال کم سے کم شعریہ واصل کے ذریعہ ہوتا ہے اور یہ قرص بصری پر یا اس کے نزدیک پیدا ہوتے ہیں۔

اکتسابی آتشک میں یہ مرض تعدی کے ایک یا دو سال کے بعد لاحق ہوتا ہے۔ دونوں آنکھیں ماؤف ہو جاتی ہیں۔ مگر دونوں پر آفت ایک ساتھ نہیں آتی۔ شاذ و نادر صرف بقعہ صفراوی ماؤف ہو جاتا ہے۔ اس کے اندر خاکستری یا زرد ترشح پایا جاتا ہے۔ بے شمار زرد رنگ کے چھوٹے چھوٹے دھبے اور تلوینی نقاط ظاہر ہو جاتے ہیں۔ اس مرض کا اعادہ بار بار کئی مرتبہ ہوتا ہے۔

خلقی آتشک میں بھی التہاب شبکیہ پایا جاتا ہے۔ اس حالت میں شبکیہ کے محیطی حصص میں مٹی کے ذرات یا مرچ کی طرح علیحدہ علیحدہ بکھرے ہوئے تلوینی مقامات موجود ہوتے ہیں۔ نقرعین کے مقام پر چیتے کی کھال سے مشابہ حالت پائی جاتی ہے۔

طبعی حالت سے اس کی شناخت صرف اس طریقہ پر ممکن ہے کہ اس حالت مرض میں تلوین زیادہ ہوتی ہے لیکن ہے کہ اس حالت میں گنجان سیاہ و سفید دھبے نظر آویں۔ اور ان کی صورت مرئیہ ایسی ہو جیسا کہ باریک کالی مرچ اور نمک کے ملانے پر خاص صورت نظر آتی ہے۔ زیادہ نمایاں صورتوں میں زردی مائل سرخ اور سیاہ دھبے نظر آتے ہیں۔ جو شبکیہ کے محیط پر پائے جاتے ہیں۔ یہ حالت "قرنوی خلقی التہاب" کے اندر بھی پائی جاتی ہے یا بڑے بڑے خاکستری یا سفید ٹکڑے نظر آتے ہیں۔ اگر تشخیص میں کسی قسم کا شک ہو تو تفاعل و اسرمانیہ سے فیصلہ کر لیں۔

علاج۔ آتشک کا علاج نہایت مستعدی کے ساتھ کیا جائے۔ سیاہ چشمے استعمال کرا دیں اور آنکھ کو آرام کی حالت میں رکھیں۔

زلالی عصبی التہاب شبکیہ Albuminuric retinitis

منظار عین کے ذریعہ دیکھنے پر جب اس کی تصویر صاف اور نمایاں نظر آوے تو یہ ایک برجستہ

علامت ہے۔ جمجمی سلعہ کی علامتوں کے ساتھ اس کا اشتباہ شاذونادر ہی ہوتا ہے۔ شبکی عمومی التہاب کی علامات کے علاوہ شبکیہ اور قرص بصری کی سحابی کیفیت۔ ان کا احتقان و نزف الدم اور خاص طور پر چمکدار سفید دھبے نیز بے قاعدہ رقبے شبکیہ کے اندر پائے جاتے ہیں۔ ابتدائی ترشح سحابی کیفیت لئے ہوتا ہے جس کے کنارے صاف طور پر نظر نہیں آتے۔ بعد میں یہ مقامات چمکدار سفید ہو جاتے ہیں۔ اور ان کے کنارے صاف نوک دار یا نقطہ دار ہوتے ہیں۔ قرص بصری کے گرد بڑے بڑے سفید نشانات نظر آتے ہیں۔ یا برف کے مانند سفید حصص مسلسل ملتے جاتے ہیں بقعہ صفرادی کے گرد چھوٹے چھوٹے نشانات ہوتے ہیں جن کی سفیدی چاندی کے مانند ہوتی ہے حفیرہ مرکزی کے چہار طرف شعاعی طور پر سفید نقاط یا لکیریں پائی جاتی ہیں۔ اور یہ لکیریں کوکبی شکل اختیار کرتی ہیں۔ یہ شکل بہت نمایاں ہوتی ہے۔ مگر حفیرہ مرکزی خود اس سے محفوظ رہتا ہے۔ یہ ستارہ نما شکل بعض جانب نامکمل ہوتی ہے۔ عروق کے اندر فسادی تغیرات رونما ہو جاتے ہیں۔ حمل کے زمانے میں بول زلالی کی حالت میں جو التہاب شبکیہ پیدا ہو جاتا ہے اس میں شبکیہ مشیمیہ سے الگ ہو جاتا ہے۔ اس علیحدگی کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ ان دونوں کے درمیان التہابی ترشحات جمع ہو جاتے ہیں۔ یہ حالت دونوں آنکھوں میں پائی جاتی ہے اور صرف قعر عینی کے زیرین حصے میں محدود رہتی ہے۔ ان ترشحات کے جذب ہو جانے کے بعد شبکیہ اپنی اصلی حالت پر لوٹ آتا ہے۔

زلالی التہاب شبکیہ میں۔ ہمیشہ علامات نمایاں نہیں ہوا کرتیں۔ عموماً عصبی و شبکی التہاب پایا جاتا ہے۔ اس کی علامتیں بھی خاص طور پر نہیں نمایاں ہوتیں۔ اس کے ساتھ التہاب کلیہ موجود ہوتا ہے۔ قرص بصری میں متوسط درجہ کا ورم بھی پایا جاتا ہے۔ مگر یہ اسقدر نمایاں نہیں ہوتا جتنا کہ جمجمی سلعہ کی صورت میں ہوا کرتا ہے۔ موخرالذکر حالت میں عمومی تہیج اور اُس کے ساتھ نزف الدم بھی پایا جاتا ہے۔ سفید نشانات یا ٹکڑے شبکیہ پر بے قاعدہ پھیلے ہوئے ملتے ہیں۔ اور کبھی نہیں ملتے۔ شبکی التہاب کے ہر مریض کے قارورہ کا کیمیاوی امتحان ضروری ہے۔

زلالی التہاب شبکیہ کے سفید نشانات میں خصوصیت کے ساتھ ترشح پایا جاتا ہے جن کے اندر لیفین بھی ہوتی ہے آخر میں یہ ترشحات سفید رنگ اختیار کر لیتے ہیں۔ اور یہ سفید نشانات شبکیہ کے بیرونی پرت پر ہوتے ہیں۔ جب بڑی خلائیں سیال رطوبت سے بھر جاتی ہیں یا ان میں لیفی منجمد ترشح جمع ہو جاتا ہے۔ یا یہ شفاف الضباب سے بھر جاتی ہیں تو ان کے اندر بڑے کریات بیضا جو دوسرے کریات کو کھانے والے ہوتے ہیں پائے جاتے ہیں۔ یہ تمام

طبقات میں مل سکتے ہیں۔ ان کے علاوہ معمولی کریات بیضا بھی پائے جاتے ہیں۔ ان مقامات میں عجیب قسم کی پھولی ہوئی ساختیں جن کے اندر نو یہ موجود ہوتا ہے ہتی ہیں۔ اور یہ اجسام عصبی پرت میں ہوتے ہیں۔ غالباً یہ پھولے ہوئے عصبی الیاف ہوتے ہیں۔ اس ارتشاح اور مردہ شبکی ساختوں میں تنجی فساد رونما ہوتا ہے۔

بعض ماہرین کا خیال تھا کہ بقعہ صفراوی میں ماہر "مل" کے الیاف شعاعی طور پر موجود ہوتے ہیں مگر یہ خیال صحیح نہیں کیونکہ بقعہ صفراوی پر شعاعی صورت میں سفید لکیریں ان کی وجہ سے نہیں پائی جاتیں۔ بلکہ ان کا باعث دراصل وہ سیال ہوتا ہے جو عصبی الیاف شبکیہ کے اندر محدود کرنے والی غشاء کو ان کے اوپر اٹھا دیتا ہے۔ اور عصبی الیاف کے ساتھ شعاعی طور پر پھیلتا ہے۔ اور قرص بصری کے اوپر گردی طور پر گذر کر اس کے اندر داخل ہو جاتا ہے۔ شبکیہ کے جالدار پرت میں تہیج جو اس مقام پر بہت نمایاں ہوتا ہے شبکیہ کے اندر شعاعی طور پر چنتیں پیدا کر دیتا ہے۔ حفیرہ مرکزی کے اندر کوئی تبدیلی نہیں ہوتی۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ اس کے نیچے وسادہ بھر دیا گیا ہے۔ قرص بصری میں وہی تغیرات نظر آتے ہیں جو قرص بصری کے احتقانی تہیج میں نمایاں ہوتے ہیں۔

عروق کے اندر وہ تغیرات نمایاں ہوتے ہیں۔ جو دوسری جگہ چھوٹے عروق کے التہاب میں پائے جاتے ہیں۔ بشرہ باطنہ اور گردے کے عروق میں التہاب پایا جاتا ہے۔ اور ان کی دیواروں میں شفاف زجاجی فساد پیدا ہو جاتا ہے۔ التہاب شبکی اور عروقی التہاب میں ہمیشہ چولی دامن کا ساتھ نہیں ہوتا۔ عروق طبعی بھی ہو سکتے ہیں جیسا کہ پرسوت کے بخار میں دیکھا گیا ہے یا بعض ان شاذ حالتوں میں جو التہاب کلیہ کے ساتھ پیدا ہوتی ہیں دیکھا جاتا ہے۔

کلیہ کے مزمن التہاب خلی والے مریضوں میں عام طور پر عروق بہت زیادہ ماؤف ہوتے ہیں شبکی التہاب عروقی امراض کا بالواسطہ نتیجہ نہیں ہوتا بلکہ اس کا باعث وہ سمیت ہوتی ہے جو دوران خون میں موجود رہتی ہے۔

زلالی التہاب شبکیہ۔ یہ التہاب التہاب الکلیہ کے ½ مریضوں میں پایا جاتا ہے۔ اور یہ حالت التہاب الکلیہ کی ہر قسم میں پائی جا سکتی ہے۔ ان قسموں میں بھی قرمزی اور پرسوت کی وجہ سے پیدا ہونے والا التہاب الکلیہ بھی شامل ہے۔ علیٰ ہذا القیاس جنگ کے دوران میں جو سپاہی زمین پر گڑھوں میں یا ٹرینچ میں رہتے ہیں اُن کو جو التہاب الکلیہ لاحق ہوتا ہے اس میں بھی یہی کیفیت پائی جاتی ہے۔ مگر زیادہ تر مریضوں میں "مزمن خلی التہاب الکلیہ ہوتا ہے۔ "معمولی التہاب الکلیہ حاد" میں یہ کیفیت بہت کم پائی جاتی ہے۔

التہاب شبکیہ کی کمی و زیادتی کا امراض کلیہ کی شدت کے ساتھ گو کہ مستقل کوئی تعلق نہیں ہے۔ تاہم التہاب شبکیہ ان مریضوں میں پیدا ہونے کا مفہوم یہ ہے کہ مرض شدید اور انذار مرض بہتر نہ ہوگا۔ یہ بھی ممکن ہے کہ التہاب شبکیہ سے پہلے ہیں مرض کلیہ کو تشخیص کریں کیونکہ التہاب شبکیہ اس کی پہلی علامت ہے۔ یہی وجہ ہے کہ اس کو زیادہ اہمیت دی جاتی ہے۔ ہسپتالوں میں جب التہاب الکلیہ کے مریضوں میں یہ علامت پائی جائے تو یاد رکھنا چاہئے کہ ۶ ماہ سے ۲ سال کے عرصہ میں مرجایا کرتے ہیں۔ اس مرض کا انجام بچوں میں بھی بہتر نہیں ہوتا۔ قرمزی اور پرسوتی التہاب الکلیہ میں جان کا خطرہ کم ہوتا ہے۔ پرسوتی مریضوں میں جسقدر جلد شبکی التہاب رونما ہو اسی قدر اس کا انذار زیادہ خراب دیکھا گیا ہے۔ خوش قسمتی سے یہ شبکی التہاب حمل کے آخری زمانے میں لاحق ہوتا ہے۔

مذکورہ صورت میں بہتر ہے کہ فوراً اسقاط کرا دیا جائے۔ اگر ایسا کیا جائے تو فوراً فائدہ ہوتا ہے۔ مگر بصارت عام طور پر ہمیشہ کے لئے خراب ہو جاتی ہے۔ اور بصارت کی خرابی کا انحصار شبکیہ کی مدت التہاب پر ہے۔ پہلے روئی کے گالوں کی طرح سفید رقبہ جات صاف ہو جاتے ہیں۔ مگر بقعہ صفراوی پر چمکنے ہوئے دھبے نہایت آہستہ آہستہ صاف ہوتے ہیں۔ جزئی ضمور عصب بصری اور شبکی تغیرات مثلاً سفید یا ملون دھبے۔ اس کے بعد بقعہ صفراوی پر باقی رہ جاتے ہیں۔ یہ مرض ہمیشہ پہلی مرتبہ کے زمانہ حمل ہی میں نہیں پیدا ہوتا مگر اس کے ایک حملہ کے بعد مابعد والے حمل میں دوبارہ اس کا اعادہ ممکن ہوتا ہے۔ مریضہ کو اس خطرہ سے آگاہ کر دینا چاہئے۔ پرسوتی (نفاسی) صورتوں میں مرض نہایت شدید صورت اختیار کرتا ہے۔ اور شبکیہ اپنے طبعی مقام سے اوکھڑ جاتا ہے۔ شبکیہ کا اپنے طبعی مقام سے اوکھڑنا اس قسم کے مرض میں باعتبار دوسرے امراض کے زیادہ وقوع پذیر ہوتا ہے۔

عموماً بصارت کی تیزی کا کم ہو جانا ہی اس کی ایک علامت ہے۔ اگر مریض اس حالت میں معالج کے پاس آوے تو اس کے مرض کی صحیح تشخیص ہو جاتی ہے۔ اور معلوم ہو جاتا ہے کہ اس کو اس مرض کے ساتھ التہاب الکلیہ موجود ہے مذکورہ علامت کے علاوہ دوسری بات یہ ہوتی ہے کہ مریض سخت درد سر کی شکایت کرتا ہے۔ ضغطہ دموی بڑھا ہوا (۲۰۰ ملی میٹر سیمابی) ہوتا ہے۔ یہ حالت دونوں آنکھوں میں پائی جاتی ہے۔ اس مرض میں مریض بالکل اندھا شاذونادر ہی ہوتا ہے۔ زیادہ تر مرد اس مرض میں مبتلا ہوتے ہیں۔ کیونکہ التہاب الکلیہ ان کو زیادہ لاحق ہوا کرتا ہے۔ علیٰ ہذا القیاس لڑکیوں میں لڑکوں سے زیادہ یہ مرض پایا جاتا ہے۔ ۳۰ سے ۶۰ سال کی عمر والے افراد میں عام ہوتا ہے خصوصیت

کے ساتھ ۰، سال والے لوگوں میں پایا جاتا ہے۔ بچوں میں اس کے ساتھ خلطی التہاب کلیہ بھی ہوا کرتا ہے جس کا عمومی سبب آتشک ہے۔ مذکورہ مرض کے سلسلہ میں اس امر کا جاننا بھی ضروری ہے کہ التہاب الکلیہ کے ساتھ اگر تسمم بولی پایا جائے تو اس کی وجہ سے عارضی اندھاپن پیدا ہو جاتا ہے۔

ان مریضوں کے شبکیہ میں کوئی تغیر نہیں ہوتا۔ اور اگر تبدیلیاں ہوتی ہیں تو وہ ایسی ہوتی ہیں کہ جو اس مرض کے علاوہ دوسرے وجوہ سے وہاں پر پائی جاتی ہیں تسمم بولی کی وجہ سے اندھاپن یکا یک پیدا ہوتا ہے۔ مگر زلالی عصبی شبکی التہاب میں بینائی کی خرابی بتدریج لاحق ہوتی ہے۔ اور مکمل اندھاپن کبھی نہیں لاحق ہوتا تسمم بول والا اندھاپن دو تین یوم کے بعد غائب ہو جاتا ہے۔ اور بشرطیکہ مریض زندہ رہے اس کی بصارت عود کر آتی ہے۔ توترعین کی زیادتی کی بعض صورتوں میں قعر عینی کی تصویر شبکی زلالی التہاب سے مشابہ ہو سکتی ہے۔ خصوصاً جبکہ بچوں میں یہ مجمجی سلعہ کا نتیجہ ہو یہ بھی ممکن ہے کہ یہ حالت ایسے لوگوں میں بھی پائی جائے۔ جن کو بول زلالی بالکل نہ ہو یہ بھی ممکن ہے کہ ذیابیطس اور اور دم ابیض میں اس سے مشابہ حالت پیدا ہو جائے۔ مرض اخضر اور نقر الدم کے علاوہ غیر معلومہ اسباب کی وجہ سے بھی بقعہ صفرادی پر ستارہ نما شکل پیدا ہو سکتی ہے جس کے ساتھ ممکن ہے کہ قرص بصری کا خفیف التہاب موجود ہو۔ اور یہ بھی ممکن ہے کہ نہ موجود ہو۔

علاج ۔ اس مرض کا علاج صرف عمومی ہے۔ التہاب الکلیہ کے اصول علاج پر نہایت توجہ کے ساتھ علاج کیا جائے۔

التہاب شبکیہ ذیابیطسی
Diabetic retinits

ذیابیطس کی حالت میں نسبتاً عرض کے طور پر بہت کم پیدا ہوتا ہے۔ بوڑھے لوگوں میں مرض کے آخری مدارج میں پایا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ دوسرے امراض کی موجودگی کی وجہ سے یہ نظر انداز ہو جائے۔ جیسا کہ اس وقت ہو سکتا ہے جبکہ عدسہ کے اندر غیر شفاف حالت موجود ہو۔ ہمیشہ تو نہیں مگر عام طور پر دونوں آنکھوں میں پایا جاتا ہے۔

اس کی نمایاں علامت یہ ہے کہ بقعہ صفرادی کے گرد بے قاعدہ طور پر پھیلے ہوئے چمکدار سفید دھبے پائے جاتے ہیں۔ برف کے مانند دھبے اور ستارہ نما لکیریں بقعہ صفرادی پر سے غائب ہوتی ہیں۔ یہ خیال رکھنا چاہئے کہ یہ مرض ذیابیطس کے آخری مدارج میں لاحق ہوتا ہے۔ اور اس وقت اس میں تمام خصوصیات مل سکتی ہیں۔ سفید دھبے

آپس میں ملکر بڑے ہوجاتے ہیں۔ اور ان کے کنارے کٹے پھٹے دکھائی دیتے ہیں۔ نقاطی نزف الدم قعر عینی پر منتشر صورت میں نظر آتا ہے۔ عموماً یہ گول شکل میں اور گہرا ہوتا ہے۔ زلالی التہاب شبکی کے دھبے سطحی اور لکیردار ہوتے ہیں۔ قرص بصری اور بقیہ شبکیہ پر عروق عام طور پر طبعی حالت میں ہوتے ہیں۔

انذار مرض۔ عموماً مرض کی شدت کے لحاظ سے اچھا یا برا ہوتا ہے۔ ان مریضوں سے ۶۰ فی صدی مریض ۲ سال سے زیادہ عرصہ تک زندہ رہتے ہیں۔

التہاب شبکیہ کی وجہ یہ نہیں ہوتی کہ خون میں شکر یا حامض خلون یا "ایسی ٹون" ہوتا ہے۔ کیونکہ بچوں کے اندر استحالہ کے خرابی کی وجہ سے یہ اجزا بہت نمایاں حالت میں موجود ہوتے ہیں۔ مگر شبکی التہاب ان میں نہیں پایا جاتا۔

ذیابیطس کے مریضوں میں "دم دہنی" جوان مریضوں کے اندر پایا جاتا ہے اس کی موجودگی میں انذار مرض بہت ہی خراب ہوتا ہے، منظار عین کے ذریعہ اس کو اگر ملاحظہ کیا جائے تو تصویر نہایت جاذب ہوتی ہے، شبکی عروق کے اندر کا سیال دودھ سے مشابہ ہوتا ہے۔ شرائین ہلکے سرخ رنگ کی اور وریدیں خفیف بنفشی رنگ کی نظر آتی ہیں قعر عینی کا رنگ طبعی ہوتا ہے۔

نزفی التہاب شبکیہ
Haemorrhagic retinitis

اس نام کے ساتھ وہ شبکی التہاب تسم کیا جاتا ہے جس میں نزف الدم بھی پایا جاتا ہو طبعی حالت میں بھی جبکہ شبکی التہاب کی تمام علامتیں مفقود ہوتی ہیں تو اسوقت بھی نزف الدم دیکھا جاتا ہے۔

التہاب شبکیہ بوجہ دم ابیض
Leucaemic retinitis

جب دم ابیض والے مریضوں کو التہاب شبکیہ لاحق ہوتا ہے تو منظار عین کے ذریعہ دیکھنے پر اس کی علامتیں نمایاں ہوتی ہیں۔ قعر عینی ہلکے رنگ کا ہوتا ہے جس کو ہم سنترہ کے رنگ سے تشبیہ دے سکتے ہیں۔ وریدیں پھیلی ہوئی اور خمدار ہوتی ہیں۔ ان کے ساتھ ساتھ سفید لکیریں نظر آتی ہیں۔ مگر وریدیں بجائے سیاہ سرخ رنگ کے روشن سرخ رنگ کی ہوتی ہیں۔ شرائین چھوٹی۔ ہلکی زردی مائل سرخ رنگ کی ہوتی ہیں۔ ان کے علاوہ شبکیہ میں سفید رقبہ جات ملتے ہیں۔ جن کے گرد سرخ کنارہ ہوتا ہے۔ حقیقتاً یہ کریات بیضا رہوتے ہیں جن کے گرد کریات حمر اء پائے جاتے ہیں۔ یہ نشانات شاذونادر ہی ملتے ہیں۔ فقرالدم خبیثیہ۔ اور شبکیہ کے محیطی حصہ میں بھی پائے جاتے ہیں۔

بعض مریضوں میں نزفی التہاب شبکیہ بھی دیکھا گیا ہے۔ جس مریض کے متعلق کوئی شبہ ہو اس کے خون کا معائنہ ضرور کرنا چاہیئے۔

عفنی التہاب شبکیہ
Septic-retinitis

نفاسی (پرسوتی) اور دوسرے اقسام کے تسمم الدم میں یہ حالت پائی جاتی ہے۔ اس میں قرص بصری کے نزدیک چھوٹے چھوٹے گول یا بیضوی دھبے ملتے ہیں جن میں نزف الدم پایا جاتا ہے۔ عموماً اس مرض میں دونوں آنکھیں ماؤف ہوتی ہیں۔

تکاثری التہاب شبکیہ
Retinitis proliferans

زجاجیہ کے اندر نزف الدم لاحق ہو تو منجمد خون ہمیشہ مکمل طور پر جذب ہو جاتا ہے کیونکہ اس کے اندر لیفی ساخت بنانے والے خلیات موجود نہیں ہوتے اور شبکیہ کے اندر بھی ان خلیات کی تعداد نہایت قلیل ہوتی ہے۔ کیونکہ شبکیہ کی نسیج داخل جس کو ہم عصبی نسیج داخل کہتے ہیں۔ وہ جنینی سطحی پرت کا حصہ ہوتی ہے۔ یہ خلیات لیفی ساخت کے بنانے میں کوئی حصہ نہیں لیتے۔ شبکیہ کے اندر جنینی وسطی پرت سے جو ساختیں پیدا ہوتی ہیں۔ وہ عروق دموی اور ان کے گرد کی ساختیں بناتی ہیں۔ بعض حالتوں میں منجمد خون لیفی ساختوں میں تبدیل ہو جاتا ہے جس کی وجہ سے زجاجیہ کے اندر لیفی انسجہ کے ٹکڑے نظر آتے ہیں۔ ان کے اندر نئے عروق پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ عروق شبکی عروقی نظام سے پیدا ہوتے ہیں۔ اس حالت کو ہم تکاثری التہاب شبکیہ کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔

یہ نسیج قرص بصری کے نزدیک ہوتی ہے۔ اسی کے جوار سے عروق کی ابتدا ہوتی ہے۔ کیونکہ جنینی وسطی پرتوں سے حاصل شدہ نسیجیں قعر عینی کے دوسرے حصص کے مقابلہ میں اسی جگہ زیادہ پائی جاتی ہیں۔ ماہرین کا خیال ہے کہ ان مقامات پر لیفی انسجہ کی پیدائش کے لیے۔ ایسی حالت کی ضرورت ہے جو جسم کے اندر عمومی ہو۔ ایسے مریض ہمیشہ آتشکی ہوتے ہیں یا التہاب الکلیہ یا ذیابیطس اُن کو لاحق ہوتا ہے۔ ورنہ کسی اور قسم کے امراض میں وہ مبتلا ہوتے ہیں۔ یہ حالت بار بار نزف الدم ہونے والی صورت میں پیدا ہوتی ہے۔

لیفی ساخت کی مقدار مختلف مریضوں میں مختلف ہوتی ہے بعض میں یہ ساخت باریک خطوط کی صورت اختیار کرتی ہے۔ یا اس کا مخصوص قسم کا صفحہ (Film) ہوتا ہے جو نئے پیدا شدہ عروق کو سہارا دیتا ہے۔ موخرالذکر حالت خصوصاً آتشکی حالت میں زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ کبھی یہ لیفی ساخت موٹی غشاء کی صورت میں پائی جاتی ہے۔

اور یہ غشا ز جاجیہ کے اندر بڑھتی ہوتی ہے - اس کی وجہ سے قعر عینی بالکل پوشیدہ ہو جاتا ہے -

ان مریضوں کے شبکیہ و مشیمیہ کے اندر اس کا اثر کی نمایاں حالت دیکھی جاتی ہے جن میں جنگ عظیم کے دوران میں شبکیہ اور مشیمیہ دونوں پھٹ گئے ہوں - یہ لیفی موٹے موٹے رباط شبکیہ کے چوٹی سے لگے ہوتے ہیں - جیسے جیسے یہ لیفی ساخت سکڑتی ہے - طبقہ شبکیہ اپنے مقام سے اکھڑ آجاتا ہے - اسی وجہ سے بصارت عموماً بہت خراب یا ضائع ہو جاتی ہے - کسی علاج سے کوئی فائدہ نہیں ہوتا - فائبرولائی سین (Fibrolycine) کی زیر جلدی تلقیح کریں ساتھ ہی ساتھ عمومی علاج کو بھی جاری رکھیں تو ممکن ہے کہ کچھ فائدہ ہو جائے -

التہاب شبکیہ مستدیرہ
Retinitis circinata

عموماً نزف الدم کی وجہ سے بوڑھی عورتوں میں یہ حالت پیدا ہوتی ہے - بقعہ صفراوی کے گرد چمکدار دھبے جن کے کنارے بے قاعدہ ہوتے ہیں حلقے کی صورت میں پیدا ہو جاتے ہیں - ان کی مجموعی شکل حلقہ یا ناقص دائرہ یا مثلثی قطع اور نعل (کھُر) سے مشابہ ہوتی ہے جس کا کھلا ہوا حصہ صدغی جانب ہوتا ہے - اس کا قطر قرص بصری سے بڑا ہوتا ہے بقعہ صفراوی کے صدغی بالائی اور زیرین عروق کے ساتھ ساتھ یہ دھبے پائے جاتے ہیں - ان ہی کے اوپر سے عروق گذرتے ہیں بقعہ صفراوی پر زردی مائل سفید دھبے ہوتے ہیں جن میں خفیف تلوین ہوتی ہے - نزف الدم عموماً پایا جاتا ہے - ۵۰ فی صدی مریضوں میں یہ مرض صرف ایک آنکھ میں پایا جاتا ہے ، دوسری آنکھ میں التہابی ترشح ہوتا ہے - مرکزی بصارت بہت کم ہو جاتی ہے - مگر میدان بصر طبعی حالت میں ہوتا ہے -

بعض اوقات یہ رقبے آہستہ آہستہ غائب ہو جاتے ہیں اور بصارت بہتر ہو جاتی ہے - اس مرض میں صرف سیمابی مرکبات اور آیوڈائیڈ سے فائدہ کی امید ہوتی ہے -

ارتشاحی التہاب شبکیہ
Exudative retinitis

اگر شبکیہ کے اندر ترشح بہت بڑی مقدار میں جمع ہو تو اس کا تشابہ عرصہ کی درنی تراکمی حالت سے ہوتا ہے یعنی منظار عین کے ذریعہ دیکھنے پر اس کی تصویر اس سے مشابہ ہوتی ہے - اس میں اٹھا ہوا زردی مائل سفید ایک رقبہ یا چھوٹے چھوٹے متعدد رقبے عروق کے پیچھے دکھائی دیتے ہیں - عروق کے اندر بہت زیادہ فسادی تغیرات پائے جاتے ہیں - ان کے علاوہ شرائین داوردہ میں اتصال بھی پایا جاتا ہے اور وریدیں بہت زیادہ پھیلی ہوئی

ہوتی ہیں۔ اس مرض میں عموماً بچے مبتلا ہوتے ہیں جو بظاہر تندرست ہوتے ہیں، موتیا بند یا زرق الماء کے آخری مدارج میں شبکیہ کا اکھڑنا پایا جاتا ہے۔ بعد الموت خورد بینی معائنہ میں شبکیہ اور مشیمیہ کے درمیان شبکیہ کے غائر پرتوں میں نزف الدم پایا جاتا ہے۔ شروع شروع میں مشیمیہ تندرست رہتا ہے۔

صدیدی التہاب شبکیہ
Purulent retinitis

اس کا باعث عموماً عفنی جروح و خزیہ ہوتے ہیں۔ اس حالت میں بالآخر صدیدی التہاب کل العین رونما ہو جاتا ہے بعض اوقات تقیح الدم کی حالت میں شبکیہ کے اندر جراثیمی سدے اٹک جاتے ہیں اور وہی سدے اس مرض کا باعث بنتے ہیں۔ ابتدائی مدارج میں شدید شبکی التہاب پایا جاتا ہے۔ جس کے ساتھ نزف الدم بھی ہوتا ہے۔ یہاں بہت جلد پیپ پیدا ہو جاتی ہے۔ اس مرضی حالت میں زجاجیہ بھی شرکت کرتا ہے جس کی وجہ سے حدقی انعکاس زرد نظر آتا ہے اس کے بعد "التہاب کل العین" پیدا ہو جاتا ہے۔ مگر نسبتاً اُن حالات سے جن میں کہ باہر سے جراثیمی تعدی آنکھ کے اندر ہوتی ہے کم پیدا ہوتا ہے۔

صدیدی جراثیم دوران خون اور انسجہ کے اندر کمزور ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ موخر الذکر حالتوں میں عدوی رُک جائے اور اس کے غائب ہو جانے پر مفید حد تک بصارت بھی قائم رہے۔

تیز روشنی کی وجہ سے پیدا ہونیوالا التہاب شبکیہ

اس کو ہم نوری التہاب شبکیہ کہتے ہیں اگر سورج کی تیز روشنی سے آنکھوں کو محفوظ نہ رکھا جائے یا بغیر کسی حفاظتی انتظام کے سورج گرہن کی صورت میں سورج کی طرف دیکھا جائے یا تیز بجلی کی روشنی کی طرف نظر کی جائے تو ان جملہ صورتوں میں یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس امر کے متعلق کہ مختلف اقسام کی روشنی کا شبکیہ پر کیا اثر ہوتا ہے۔ اب تک ہمارا علم بالکل ناقص ہے۔

معمولی حالات میں آنکھ کے اندر بغیر تکلیف دہ چند فوق البنفشی شعاعیں پہونچتی ہیں، ان کے علاوہ دکھائی دینے والی عام شعاعیں اور تحت الاحمر شعاعیں بغیر کسی رکاوٹ کے آنکھ کے اندر داخل ہوتی ہیں۔ ان شعاعوں میں سے اکثر کو شبکیہ کے بشرہ ملونہ کا رنگ جذب کر لیتا ہے۔ ممکن ہے اس انجذاب سے جو گرمی پیدا ہوتی ہے اُسی کو آنکھ کو نقصان پہونچتا ہو۔ دوسرے الفاظ میں ہم یوں کہہ سکتے ہیں کہ یہ طبقہ شبکیہ کی احتراقی حالت ہے۔

کچھ دنوں تک آخر میں دیکھی ہوئی اشیاء کی شبیہ مریض کی آنکھوں کے سامنے نظر آتی رہتی ہے۔ اسکے بعد اس مقام پر ایک مثبت عتمہ پیدا ہو جاتا ہے۔

منظار عین کے ذریعہ معائنہ کرنے پر شروع میں کوئی خاص علامت نظر نہیں آتی۔ حفیرۂ مرکزی میں صرف ایک ہلکے رنگ کا رقبہ نظر آتا ہے۔ جس کے گرد بھورے سرخ حلقے ہوتے ہیں۔ اس کے بعد اس کے اندر تلوین پیدا ہو جاتی ہے۔ اور پھر حفیرہ مرکزی کے گرد چھوٹے چھوٹے خاکستری نقاطی رقبہ جات ظاہر ہوتے ہیں انذار مرض کے متعلق نہایت غور و فکر کے بعد معالج کو اپنی رائے کا اظہار کرنا چاہئے۔ کیونکہ بصارت میں گو کہ بہتری ہو جاتی ہے مگر کچھ نہ کچھ نقص باقی رہ جاتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ مثبت عتمہ ہمیشہ کے لئے باقی رہ جائے۔

علاج۔ اس کا علاج التہاب شبکیہ کے عمومی اصول علاج کے ماتحت کیا جائے۔ دھوئیں کے رنگ کے سیاہ یا نرگس کے چشمے لگانے کو دئے جائیں کیونکہ یہ چشمے فوق البنفشی شعاعوں کو روک لیتے ہیں۔

سمی ضعف بصر Toxic amblyopia

تمباکو۔ الکوحل۔ کونین۔ فلیکس ماس۔ کاربن ڈائی سلفائڈ۔ سٹرامونیم۔ بھنگ اور ایسی ہی دیگر سمی اشیاء کے بہت زیادہ استعمال سے ضعف بصر لاحق ہو جاتا ہے۔ جسکو مذکورہ نام سے موسوم کرتے ہیں۔

تمباکو اور الکوحل کی وجہ سے جو ضعف بصر لاحق ہوتا ہے۔ وہ عام طور پر پایا جاتا ہے۔ اس کو ہم خلف مقلی عصبی التہاب کی ایک قسم قرار دیتے ہیں۔ مگر مرضی تشریح اور تجرباتی شہادتوں سے معلوم ہوتا ہے کہ یہ مرض ابتدائی طور پر شبکیہ ہی میں شروع ہوتا ہے۔ تمباکو کے بہت زیادہ استعمال سے خواہ وہ کھائی جائے یا پی جائے ضعف بصر لاحق ہوتا ہے۔ بعض اوقات تمباکو کے کارخانوں میں جہاں سگریٹ وغیرہ بنتے ہیں وہاں پر تمباکو کے باریک ذرات کے جذب ہونے سے بھی یہی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ اگر تحقیق کی جائے تو اسی کے ساتھ ان لوگوں میں شرابنوشی کی عادت بھی ضرور پائی جاتی ہے۔ ماہرین کا خیال ہے کہ صرف شراب سے بھی ضعف بصر لاحق ہو سکتا ہے۔ اور صرف تمباکو کھانے سے بھی یہ حالت دیکھی گئی ہے۔ اس امر کا امکان ہے کہ برسوں تک کوئی شخص خوب تمباکو پیتا رہے اور یہ حالت پھر بھی نہ پیدا ہو۔ اس کا حملہ دوسرے امراض کے ساتھ ہو سکتا ہے۔ جیسا کہ عمومی کمزوری یا ہضم کی خرابیوں کی صورت میں ہوا کرتا ہے۔ ۲۵ سال سے ۵۰ سال کی عمر تک کے لوگوں کو یہ مرض لاحق ہوتا ہے۔

مریض دھند کی شکایت کرتا ہے۔ شام کے وقت یا کم روشنی میں دھند خاص طور پر معلوم ہوتی ہے۔ مرکزی بینائی زیادہ خراب ہو جاتی ہے۔ میدان بصری مکمل نظر آتا ہے مگر اس کے مرکزی حصہ میں سرخ اور سبز رنگ کے لئے بصارت حس غائب ہوتی ہے عتمہ چھوٹا اور افقی طور پر بیضوی شکل کا ہوتا ہے۔ بقعہ صفرادی کے مرکز اور قرص بصری کے درمیان اور شاذونادر میدان بصری کے اندر بھی سرخ رنگ کے حدود تک پہونچتا ہے۔ بعض اوقات اس مقام پر بصارت بالکل غائب ہو جاتی ہے۔ ان مریضوں میں خلقتاً رنگ کے متعلق اندھاپن پایا جاتا ہے۔ لہذا اس کے متعلق پوری تشفی کر لینا چاہئے۔ دونوں آنکھوں میں کیفیت یکساں ہوتی ہے منظار عین کے ذریعہ دیکھنے پر قرص بصری کے گرد ارتشاحی سفیدی کی حالت نظر آتی ہے۔ قرص بصری کا رنگ صدغی جانب زیادہ ہلکا ہو جاتا ہے مگر یہ تغیرات بہت خفیف و معمولی ہوتے ہیں۔ اس مرض کا دور نہایت آہستہ آہستہ گذرتا ہے۔ اگر منشی اشیاء کو بالکل ترک کر دیا جائے تو انذار مرض اچھا ہوتا ہے۔ مرض کا دوبارہ اعادہ نہیں ہوتا۔ اگر ہوتا ہے تو بہت ہی شاذونادر۔ علی ہذالقیاس نہایت شاذ حالتوں میں عصب باصرہ کا ضمور لاحق ہوتا ہے۔ اس کے متعلق اس امر کا ادعا کہ یہ حالت صرف ایک ہی سبب کا نتیجہ ہے مشکل امر ہے۔

یہ مرض شبکیہ کے عقدی خلیات کے ماؤف ہونے سے پیدا ہوتا ہے۔ تجرباتی حیثیت سے صرف ایک شخص میں دیکھا گیا ہے کہ اس کے شبکیہ کے عقدی خلیات کے اندر خلائیں پیدا ہو گئی تھیں۔ ان کے اندر نسل (Nissl) کے حبیبات ٹوٹ پھوٹ گئے تھے۔ اسی خرابی کی وجہ سے عصبی الیاف میں فسادی تغیرات رونما ہوئے تھے۔

یہ حالت صرف اسوقت ظاہر ہوتی ہے جبکہ ان کے اوپر عصبی غلاف پیدا ہوتا ہے۔ یعنی جبکہ یہ طبقہ مصفویہ سے باہر نکل جاتے ہیں۔ یہ فسادی تغیرات صرف بقعی و قرصی رباط میں ظاہر ہوتے ہیں۔

جو عقدی خلیات حفیرہ مرکزی میں ہوتے ہیں یا جو بقعہ صفرادی کے اندر پائے جاتے ہیں نہایت اعلیٰ درجہ کی حس رکھتے ہیں۔ اسی لئے دوسرے خلیات کے اعتبار سے یہ سمّی مرضی اثرات سے بہت جلد متاثر ہوتے ہیں۔

عصب باصرہ کے اندر فسادی رقبہ مثلثی شکل کا ہوتا ہے۔ صدغی جانب مقلہ کے پیچھے واقع ہوتا ہے۔ مگر پیچھے کی طرف یہ مرکزی ہو جاتا ہے اور گول شکل اختیار کر لیتا ہے یہ فسادی تغیر مرض کی ابتدائی حالت ہی میں پایا جاتا ہے چونکہ یہ حالت خلقی مقلی التہاب سے بہت زیادہ مشابہ ہوتی ہے۔ اس لئے یہی مقام ابتداء مرض میں ماؤف ہوتا ہے

تمباکو میں برا اثر پیدا کرنے والی سمیت "نکوٹین" ہے۔

ذیابیطسی ضعف بصر۔ کاربن ڈائی سلفائڈ اور آیوڈو فارم کا ضعف بصر یہ سب اقسام تمباکو کے ضعف بصر سے مشابہ ہوتے ہیں۔ ذیابیطس کے مریض تمباکو کا اثر خصوصیت کے ساتھ قبول کرتے ہیں۔

علاج۔ منشی اشیار کو قطعاً بند کرا دیا جائے مثلاً تمباکو۔ شراب وغیرہ بالکل نہ دی جائیں۔ محرک ادویہ مثلاً جوہر کچلیہ آیوڈائیڈ آف پوٹاشیم دیا جائے۔ پانی خوب پلائیں اور مریض سے ورزش بھی کرائی جائے۔

جن مریضوں میں مرکزی عدم بصارت موجود ہو اور جن میں مکمل لیفی فسادی تغیرات نہ ہوں اُن کو بھی تمباکو اور شراب قطعاً چھوڑ دینا چاہیے۔

کونین کے زیادہ کھانے کی وجہ سے ضعف بصر یا اندھاپن

یہ ضعف بصر اپنی خصوصیات میں تمباکو والے ضعف بصر سے مختلف ہوتا ہے۔ کونین کے زیادہ کھانے سے بالکل اندھاپن لاحق ہو جاتا ہے بعض ایسے مریض جو کونین کے واسطے زیادہ ذکی الحس ہوتے ہیں اُن میں کونین کی خفیف مقدار یعنی ۱۲ گرین سے بھی یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ ماہرین کا خیال ہے کہ ۲۴ گھنٹہ میں صرف ۴۰ گرین کونین دینا چاہیے۔ اس سے زائد ہرگز نہ دی جائے۔ اس دوا کی کثیر مقدار ملیریا میں استعمال کرنا پڑتی ہے بعض اوقات اسقاط حمل کے واسطے بھی اس کو استعمال کراتے ہیں اس کے اثر کے ماتحت حدقہ عینی منبسط ہوتا ہے اور نوری انعکاس اُس کے اندر سے غائب ہوتا ہے۔

(۱) ۹ سال کے بچے کو میں نے ایک مرتبہ ۵ گرین کونین استعمال کرائی اس کی وجہ سے اُس میں اندھاپن پیدا ہو گیا۔ کونین فوراً بند کر کے مسہل دوائیں اور فولاد کے مرکبات استعمال کرائے اس سے ۲۴ گھنٹہ میں اس لڑکے کی بینائی درست ہو گئی۔

(۲) ٹائیفائڈ کے ایک مریض کو مرض کے شروع میں ۵ ۴ گرین کونین چار روز تک دی گئی۔ پانچویں روز دوپہر کو وہ کہنے لگا کہ شام ہو گئی۔ یہی پہلی علامت تھی جس کو خطرہ کا پیش خیمہ سمجھکر فوراً کونین کا استعمال بند کر دیا گیا۔ اس کے بعد خود بخود چند گھنٹوں میں اُس کی حالت درست ہو گئی۔ بہرہ پن اور کان کے اندر آوازوں کا آنا۔ (طنین) اس کی وجہ سے ہو سکتا ہے۔ منظار عین کے ذریعہ دیکھنے پر عروق منقبض معلوم ہوتے ہیں۔ قرص بصری کا رنگ بہت ہلکا پڑ جاتا ہے

معمولی حالت مرض یا بعد میں میدان بصر سکڑ جاتا ہے۔ مگر کونین کے اثر کے زائل ہونے کے بعد دوبارہ میدان بصر پھیل جاتا ہے لیکن اس کے باوجود اپنے طبعی حدود کو نہیں پہونچتا۔ مرکزی بصارت ممکن ہے کہ پوری واپس ہو جائے۔ قرص بصری برسوں کے لئے ہلکے رنگ کی ہو جاتی ہے۔ اور برسوں کے بعد طبعی حالت پر آتی ہے۔

ذات الریہ میں آپٹوچین کے استعمال سے بھی ایسی ہی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔

سیلیسلک ایسڈ۔ اور سوڈا ایلی سلاس کے کھانے سے بھی ضعف بصر لاحق ہو جاتا ہے۔ یہ کونین کے ضعف بصر سے مشابہ ہوتا ہے مگر اتنا شدید نہیں ہوتا۔

علاج۔ دوا قطعاً بند کر دی جائے مسہل دئے جائیں۔ جوہر کچلہ اور ڈیجی ٹیلس۔ نائٹرو گلیسرین کے مرکبات استعمال کرائیں۔

میتھائل الکوحل۔ سنکھیا۔ سیسہ نائٹرو اور ڈائی نائٹرو بنزول فلیکس ماس۔ کی وجہ سے جو ضعف بصر لاحق ہوتا ہے وہ خلف المقلہ عصبی التہاب سے مختلف ہوتا ہے۔ کیونکہ ان اقسام کے اندر ضمور عصبی زیادہ شدید ہوتا ہے۔ ان میں تقریباً ہمیشہ درجہ مرض یکساں ہوتا ہے۔ اور مرکزی عدم بصارت موجود ہوتی ہے مگر ممتحنین معائنہ میں اس کو نظر انداز کر جاتے ہیں یا معائنہ میں ان کو اس کا پتہ نہیں چلتا۔

امریکہ کے باشندوں کو لکڑی کی بنی ہوئی شراب سے جس میں میتھائل الکوحل ہوتی ہے عموماً بصارت کا نقصان لاحق ہوتا ہے۔ اسی کے ساتھ غثیان (متلی)، دوار (چکر) درد سر شروع ہو کر ہوشی (قوما) کیفیت طاری ہو جاتی ہے۔ اگر مریض زندہ رہے تو بصارت بہت جلد جلد خراب ہوتی رہتی ہے۔ پہلے میدان بصر سکڑتا ہے اور مرکزی عدم بصارت کے بعد انسان بالکل اندھا ہو جاتا ہے یہ ممکن ہے کہ کچھ عرصہ کے لئے بصارت بہتر ہو جائے مگر وہ دوبارہ خراب ہو جاتی ہے اور اس کے بعد بڑھنے والی بصارت عصب باصرہ کے ضمور سے بالکل ضائع ہو جاتی ہے۔ جب بصارت کا اعادہ ہوتا ہے تو ایسا بہت کم ہوتا ہے کہ پوری بصارت لوٹ آئے۔ منظار عین کے ذریعہ دیکھنے پر قرص بصری کے کنارے ذرا بھدے ہو جاتے ہیں۔ عروق کا حجم کم ہو جاتا ہے مگر یہ سبب تغیرات ابتدائی درجات میں ہوتے ہیں۔ بعد میں قرص بصری کے ضمور کی تمام علامتیں پائی جاتی ہیں جو ابتدائی ہوا کرتی ہیں۔

سنکھیا کی وجہ سے جو ضمور عصب بصری لاحق ہوتا ہے وہ مکمل ضمور کی صورت اختیار کرتا ہے۔ نیو سلورسان

وغیرہ کے دینے سے کبھی ضمور نہیں لاحق ہوتا۔

سیسے کی وجہ سے ضعف بصر کا پیدا ہونا

جب سے دھات اور مٹی کے برتنوں پر قلعی کرنے والے کارخانوں میں محافظ قوانین کا نفاذ ہوا ہے۔ اس وقت سے یہ حالت بہت ہی کم دیکھنے میں آتی ہے۔ آنکھ کے اندر علامات عصبی التہاب یا عصب بصری کے ضمور کی صورت میں پیدا ہوتی ہیں اور یہ ابتدائی اور عصبی التہاب کا نتیجہ بھی ہو سکتی ہیں۔

بعض مریضوں میں سیسے کے انجذاب سے بلا واسطہ التہاب بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ التہاب۔ التہاب لالی سے مشابہ ہوتا ہے اور ثانوی طور پر سیسے کے انجذاب سے التہاب الکلیہ کے بعد دیکھا جاتا ہے۔

فلیکس ماس (Filix mass) یہ دوا معوی دیدان کی وجہ سے دی جاتی ہے۔ اگر اس کی بہت زیادہ خوراک دی جائے تو ضعف بصر پیدا کرتی ہے۔ خصوصاً جبکہ کسٹرائل کے ساتھ دی جائے تو منظار عین کے ذریعہ معائنہ کرنے پر اس کی تصویر کونین والے ضعف بصر کی تصویر سے مشابہ ہوتی ہے۔ پہلے درجہ کے بعد ضمور بصری ایک آنکھ میں کلی اور دوسری آنکھ میں جزئی طور پر لاحق ہوتا جاتا ہے جس کے ساتھ میدان بصارت سکڑ جاتا ہے۔

طبعی مقام سے طبقہ شبکیہ کا اکھڑ جانا یعنی طبقہ مشیمیہ سے الگ ہو جانا

Detachment of retina

طبقہ شبکیہ مشیمیہ سے دو طریقہ پر علیحدہ ہو سکتا ہے اندر کی طرف کھنچ جائے یا باہر کی طرف سے اس کو اندر کی طرف ہٹا دیا جائے۔ اندر کی طرف کھینچکر اس کا مشیمیہ سے علیحدہ ہو جانا کمون التہاب جسم ہدبی کے نتیجہ میں ہوا کرتا ہے۔ اس میں لیفی ساخت کے وہ رباط جو شبکیہ سے لگے ہوتے ہیں سکڑتے ہیں ان ہی کے سکڑنے کی وجہ سے یہ مشیمیہ سے الگ ہو جاتا ہے۔ باہر کی طرف اس کا مشیمیہ سے علیحدہ ہو جانا یا دھکا کی وجہ سے مشیمیہ سے علیحدہ ہونا۔ مشیمیہ اور شبکیہ کے درمیان نزف الدم کے نتیجہ میں لاحق ہوتا ہے۔ یہ نزف الدم چوٹ اور عروقی امراض کے تتمہ کے طور پر پیدا ہوتا ہے۔

مرضی حالات میں تین طریقہ پر شبکیہ اپنے طبعی مقام سے اکھڑتا ہے۔

(۱) شدید قصر بصر میں چوٹ کی وجہ سے۔

(۲) مشیمیہ کے سلعہ خبیثیہ کی وجہ سے۔

(۳) بعض مریض ایسے بھی ملتے ہیں جن میں کسی سبب کا پتہ نہیں چلتا اس حالت میں اس کے اکھڑنے کو ہم صحیح طور پر نہیں جان سکتے۔ لہذا ہمارا یہ کہنا بیجا نہ ہوگا کہ یہ مرضی حالت بعض صورتوں میں ہنوز ہمارے واسطے ایک عقدۂ لاینحل ہے۔

مریض شکایت بیان کرتا ہے کہ اس کی ایک آنکھ کے سامنے سحابی کیفیت نظر آتی ہے۔ جس کی وجہ سے مختلف اشیاء کے بعض اوپر یا نیچے کے حصص صاف نظر نہیں آتے۔

میدان بصارت کا نقشہ تیار کرنے پر ثبت عدم بصارت کا رقبہ نمایاں ہوجاتا ہے۔ یہ رقبہ بالکل بے بصارت ہوتا ہے۔ مگر بعض اوقات شبکیہ کے اوکھڑنے سے اگر بہت زیادہ فاصلہ اس کے اور مشیمیہ کے درمیان پیدا نہ ہوگیا ہو تو کچھ نہ کچھ بصارت قائم رہتی ہے۔ گویا کہ ان صورتوں میں شبکیہ کے نیچے کے سیال سے اس کے بیرونی پرتوں کا تغذیہ کسی قدر ہوتا رہتا ہے۔ اس صورت میں عدم بصارت والا رقبہ نسبتی حیثیت رکھتا ہے جس میں مختلف الوان کی شناخت کے مختلف مدارج ہوتے ہیں۔

بعض اوقات رنگوں کے متعلق اندھاپن (نیلے رنگ کے احساس یا نیلے اور زرد رنگ کے مادہ کے غائب ہونے سے) لاحق ہوتا ہے۔ شروع میں مرکزی بصارت قائم ہوتی ہے۔ مگر شبکیہ بالآخر مکمل طور پر اکھڑ جاتا ہے۔ اسی لئے جب لطیفی مقام ماؤف ہوتا ہے تو مرکزی بصارت زائل ہوجاتی ہے۔ اور جب شبکیہ مکمل طریقہ پر اکھڑ جائے تو حس نوری غائب ہوجاتی ہے۔ کبھی بطور ابتدائی علامت کے مریض کو آنکھ میں شعلہ (بجلی کے کوندنے کے مانند) نظر آتا ہے جس کا باعث یہ ہے کہ خفیف حرکت سے بشرہ عصبی میں تحریک ہوتی ہے۔ اگر اس قسم کی شکایت کوئی مریض بیان کرے تو اسکو نہایت مخدوش حالت سمجھکر فوری توجہ کرنا چاہئے۔ بجلی کوندنے کے مانند آنکھ کے اندر شعلہ کا دکھائی دینا۔ قصر بصر کی حالت میں بھی ہوا کرتا ہے جس میں کہ شبکیہ اپنے مقام سے بالکل نہیں اکھڑتا۔ اگر شبکیہ کا تھوڑا حصہ اپنے طبعی مقام سے اکھڑ جائے تو اس کی کوئی خاص علامت نہیں ہوتی۔ مگر بصارت میں ضرور کسی قدر خرابی لاحق ہوجاتی ہے۔ اس کی تشخیص صرف اس طرح ممکن ہے کہ نہایت احتیاط کے ساتھ

تعریعینی اور میدان بصر کا معائنہ کیا جائے ۔

مشیمیہ کے سلعہ خبثیہ کی حالت میں شبکیہ کا اکھڑنا سلعہ کے مقام پر منحصر ہوتا ہے ۔ شبکیہ کا اکھڑنا ابتدا میں نہایت خفیف ہوگا ۔ اسی لحاظ سے یہ بسیط قسم کے اکھڑنے سے مختلف ہوتا ہے ۔ بسیط حالت میں بہت بڑا رقبہ ماؤف ہوجاتا ہے حالانکہ دونوں کے درمیان فاصلہ بہت کم ہوتا ہے ، یہ بڑا رقبہ تعریعینی کے زیرین حصہ میں محدود ہوتا ہے ۔ بسیط یا سادہ طریقہ پر شبکیہ کا اکھڑنا تعریعینی کے اوپر کے حصہ سے شروع ہوتا ہے ۔ اور کچھ عرصہ کے بعد شبکیہ کے نیچے ثقلی وجوہ کے ماتحت سیال بھرجاتا ہے ۔ اور اوپر کے حصہ میں شبکیہ اپنے اصلی مقام پر چلا جاتا ہے ۔ مشیمیہ کا سلعہ خبثیہ بقعہ صفراوی کے قرب وجوار میں پیدا ہوسکتا ہے ۔ یہی وجہ ہے کہ اس حالت میں مرکزی بصارت جلد ماؤف ہوتی ہے اور اسی کی وجہ سے اشیاء ٹیڑھی میڑھی دکھائی دیتی ہیں ۔ رنگوں کے لئے نسبتاً عدم بصارت لاحق ہوجاتی ہے ۔ مشیمیہ کے سلعہ خبثیہ کی وجہ سے جب خفیف طریقہ پر شبکیہ اکھڑتا ہے تو اس امر کا امکان ہوتا ہے کہ وہ بسیط یا سادہ طریقہ پر اکھڑا ہو ۔ ایسا تعریعینی کے نچلے حصہ میں ہوا کرتا ہے ۔ باہر سے دیکھنے میں آنکھ طبعی حالت میں معلوم ہوتی ہے خزانہ مقدم گہرا ہوسکتا ہے ۔ توترعین کم ہوتا ہے ۔ مگر توترعین کی کمی شاذونادر ابتدائی درجات ہی میں ملتی ہے ۔ مشیمیہ کے سلعہ خبثیہ کی حالت میں توترعین ہمیشہ بڑھا ہوتا ہے ۔ بعد کے مدارج میں خزانہ مقدم کم گہرا ہوجاتا ہے ۔ کبھی کبھی ابتدا میں بھی توترعین بڑھا ہوا ملتا ہے ۔ اگر شبکیہ کے اکھڑنے پر اس کے اور مشیمیہ کے درمیان فاصلہ نہایت خفیف ہو تو تشخیص کے وقت یہ نظرانداز ہوجاتا ہے ۔ علامات ظاہر نہیں ہوتیں ۔ کیونکہ شبکیہ کے پچھلے پرتوں کو تحت الشبکیہ رطوبت سے تغذیہ حاصل ہوتا رہتا ہے ۔ اور یہ اپنا فعل کسی حد تک انجام دیتے رہتے ہیں تشخیص کا تعین اسوجہ سے نہیں ہوتا کہ معالج صحیح طور پر معائنہ نہیں کرتا ۔

ممتحن اس کے امتحان کے واسطے منظار عین کو بلا واسطہ طریقہ پر استعمال کرتا ہے اور اس کے قبل بلا واسطہ صرف سطحی امتحان کرلیتا ہے اور مقعر مراۃ سے معائنہ کرنا بھول جاتا ہے ۔ خفیف طور پر شبکیہ کے اکھڑنے کا اختلاف تعریعینی کے دوسرے مقامات سے بہت کم ہوتا ہے ۔ اس میں شک نہیں کہ یہ مقام زیادہ طول بصر کی حالت میں ہوتا ہے ۔ اور ممتحن کو اسوقت خیال نہیں آتا کہ اس مقام کے دیکھنے میں بہ نسبت شبکیہ کے دوسرے مقامات کے دیکھنے کے دو طاقت توفیق کو زیادہ استعمال کر رہا ہے ۔ اگر ایسی آنکھ کا معائنہ بڑھنے والے فاصلہ سے مقعر مراۃ کے ذریعہ کیا جائے تو ظاہر ہے کہ شبکیہ کے اندر کی تفاصیل پوری نظر نہ آئیں گی تاہم اکھڑے ہوئے مقامات کا فرق کسی قدر نمایاں

ہوگا مقعر مراۃ کو چاروں طرف پھرا کر دیکھنے سے اس خاص مقام کو ہم بآسانی دیکھ سکیں گے۔ اس کے بعد بلا واسطہ معائنہ کرنے سے حقیقت کھل جائیگی اور تشخیص متعین ہوجائیگی کیونکہ یہاں پر دونوں مقامات (طبعی قعر عینی اور اس کے اندر ابھرے ہوئے مقام) کا رنگ مختلف ہوگا۔ اور اگر حالت نمایاں ہوگی تو اس کا رنگ بالکل سفید یا خاکستری ہوگا۔ شبکیہ میں چنٹیں نظر آئیں گی جو اونچائی پر چمکدار، سفید اور گہرائی میں سبزی مائل خاکستری ہوں گی۔ اگر آنکھ کو ذرا حرکت دی جائے تو ان چنٹوں میں لہریں نظر آئیں گی اور شبکی عروق سطح پر ان چنٹوں کی گہرائی اور اونچائی پر سے ہوکر گزرتے ہوئے نظر آئیں گے۔ عروق کا غیر طبعی رنگ نہایت نمایاں ہوتا ہے کیونکہ وہ مشیمیہ سے الگ ہوتے ہیں۔ اور یہی شبکیہ کے اندر سرخ انعکاس کا باعث ہوتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ یہ زجاجیہ کی معمولی سحابی حالت کے مانند نظر آتے ہیں یعنی ان کی وجہ سے مشیمیہ سے منعکسہ روشنی رک جاتی ہے یہی باعث ہے کہ یہ معمولی حالت سے زیادہ دکھائی دیتے ہیں۔ اور بعض اوقات تو بالکل ہی سیاہ نظر آتے ہیں۔ طبعی حالت سے چھوٹے ہوتے ہیں ان کے اندر وسط میں روشنی کی لکیر نہیں دکھائی دیتی۔ اگر اس قعر عینی کے مقام کو ایک طاقتور محدب عدسہ کے ذریعہ دیکھیں تو قعر عینی کا بقیہ حصہ فوکس میں نہیں ہوتا (یعنی صاف نہیں دکھائی دیتا) جس کے معنی یہ ہیں یہ مقام آنکھ کے دوسرے مقامات سے ممتحن کی آنکھ سے زیادہ نزدیک ہے۔

ابتدائی مدارج میں اور بعض اوقات جبکہ ابھرے ہوئے شبکیہ کا فاصلہ مشیمیہ سے نہایت معمولی ہو تو طبعی شبکیہ کے رنگ سے اختلاف بہت کم ہوتا ہے۔ خصوصاً جبکہ ابھرا ہوا شبکیہ سامنے کے محیطی حصہ میں ہو۔ کیونکہ طبعی آنکھ کے اندر بھی شبکیہ کا محیطی حصہ کمزور محدب عدسہ سے بہترین طور پر دکھائی دیتا ہے۔ اگر شبکیہ بہت زیادہ ابھر جائے تو قعر عینی میں بڑی بڑی چنٹیں نظر آتی ہیں جن کی وجہ سے قرص بصری کو ہم بالکل نہیں دیکھ سکتے۔ اس کے سرے پر تلوینی تغیر خاص طور پر پایا جاتا ہے۔

ارتشاح کی وجہ سے سفید دھبے، نزف الدم وغیرہ ابھرے ہوئے شبکیہ کی سطح پر دکھائی دے سکتے ہیں۔ بعض اوقات اس کے اندر سوراخ بھی پایا جاتا ہے۔ اس سوراخ کے اندر سے سرخ رنگ کا روشن مشیمیہ نظر آتا ہے۔ بعض ماہرین کا خیال ہے کہ ہر ابھرے ہوئے شبکیہ میں سوراخ پایا جاتا ہے مگر یہ ضروری نہیں کہ منظار عین کے ذریعہ ہمیشہ نظر آجائے۔

اگر کمل اور پرطبقہ شبکیہ مشیمیہ سے الگ ہو جائے تو چھاتے کی صورت پیدا ہو جاتی ہے۔ شبکیہ صرف قرص بصری کے مقام پر لگا رہتا ہے یا حص حافہ مسننہ کی جگہہ پر جڑا ہوتا ہے بعد میں یہ عدسہ کے پیچھے اکٹھا ہو جاتا ہے اور قرص بصری کے مقام سے ایک سیدھی رسی کی شکل اختیار کرلیتا ہے۔ ایسی آنکھوں میں تغذیہ کی خرابی کی وجہ سے عدسہ میں مع تیابند کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ منظار عین سے دیکھنے پر اندر سے کچھ نظر نہیں آتا۔

مذکورہ مرض سادہ یا بسیط صورت میں شبکیہ کے اکھڑنے پر پایا جاتا ہے لیکن جب سلعہ خبثیہ کی وجہ سے شبکیہ اکھڑتا ہے تو اس صورت میں نہیں ہوتا بعض حالتوں میں فرق نہایت خفیف ہوتا ہے مگر ہر حالت میں تشخیص نہایت ضروری ہے۔ کیونکہ مریض کی زندگی کا انحصار ممکن ہے کہ اسی پر ہو۔

تشخیص فارقہ کے لئے مفصل بیان مشیمیہ کے سلعہ خبثیہ کے بیان کے ماتحت کیا گیا ہے۔ اس کا مطالعہ نہایت غور سے کرنا چاہیئے۔

شبکیہ کے اکھڑنے پر اس کے اور مشیمیہ کے درمیان ایسا سیال جمع ہو جاتا ہے جس کے اندر زلالی اجزاء بہت زیادہ مقدار میں ہوتے ہیں۔

بسیط یعنی سادہ حالت میں انذار مرض بہتر نہیں ہوتا۔ صرف زلالی التہاب شبکیہ کی صورت میں شبکیہ دوبارہ اصل حالت میں لوٹ آتا ہے۔ اگر یہ اپنی اصل حالت پر یکایک لوٹ بھی آئے خواہ یہ خود بخود ہو جیسا کہ بعض اوقات دیکھا جاتا ہے یا کسی علاج کی وجہ سے ایسا ہو بہر حال دونوں صورتوں میں مرض کا اعادہ دوبارہ ممکن ہے۔ آخر میں مریض بالکل اندھا ہو جاتا ہے۔ شدید قصر بصری کی حالت میں اگر ایک آنکھ کا شبکیہ اپنے طبعی مقام سے اکھڑ جائے تو ضروری ہے کہ دوسری آنکھ کا خاص طور پر خیال رکھا جائے۔ کیونکہ ایک آنکھ میں اس حالت کا پیدا ہونا دوسری آنکھ میں اس کی استعداد کو بڑھا دیتا ہے۔ اسی لئے مریض کو نیچے جھک کر کام کاج کرنا مثلاً باغبانی وغیرہ کے کام کاج ہیں ان کو قطعاً بند کر دینا چاہیئے۔ وزن اٹھانے سے پرہیز کرایا جائے۔

علاج۔ علاج گو کہ فائدہ مند نہیں تاہم نہایت استقلال کے ساتھ علاج کا سلسلہ جاری رکھنا چاہیئے۔ اگر ابتدائی مدارج میں مریض طبیب کے پاس پہونچ جائے تو غور و فکر کے بعد علاج شروع کرنا چاہیئے۔ ابتدائی مدارج وہ ہوتے ہیں جبکہ شبکیہ کے اندر فسادی تغیرات رونما نہیں ہوئے ہوتے۔ اور اس کے اندر حس کافی باقی رہتی ہے۔

علاج کے سلسلہ میں ضروری ہے کہ بخوبی ہدایات کو سمجھا دیا جائے اور مریض ان پر پوری طرح عمل پیرا ہو۔
اب تک اس علاج کے جتنے طریقے بتائے گئے ہیں، ان سبھوں میں ذیل کا طریقہ بہترین ہے۔ مریض کو بستر پر چند ہفتوں تک لٹائے رکھیں۔ اور کم از کم حرکت کرنے کی اجازت دیں۔ سر کے دونوں جانب ریت کے گدے رکھ دیئے جائیں۔ اس کو حوائج ضروریہ کے واسطے اٹھنے کو بھی منع کر دیا جائے۔ آنکھ میں ایٹروپین ڈالکر نرم پٹی باندھ دیں۔ مگر آنکھ بند نہ کی جائے۔ ناک اور رخسارے کے درمیان خالی جگہ پر مطہر روئی لگا دیں۔

مذکورہ اعمال کے ساتھ پیلوکارپین کی تلقیحات خاص نظام کے ماتحت کی جائیں۔ جس کی صورت یہ ہے کہ روزانہ ایک ہفتہ تک اور اس کے بعد ایک ہفتہ کا وقفہ دیکر پھر اس کو دوہرایا جائے۔ سیمابی مرکبات کو استعمال کرائیں۔ یا مالش کے ذریعہ استعمال کئے جائیں۔ "ایوڈائیڈ" دیں۔

اپریشن کی ضرورت ہو تو آپریشن کریں۔ زیر ملتحمہ ۱ فی صدی نمک کا محلول استعمال کریں۔ ہفتہ میں دو مرتبہ "ایکوائن" (Acoin) ۱ فی صدی نمک کے محلول میں ملا دیں تاکہ درد نہ ہو۔ شروع میں ۱ قطرہ سے زیادہ مقدار کی تلقیح نہ کی جائے۔ اور تلقیح حسبقدر محیط قرنیہ سے دور ممکن ہو کی جائے۔ یا مقلہ عینی کے اوپر والے حصہ میں تلقیح کریں۔ تلقیح کرنے کے قبل آنکھ کو کوکین محلول سے بے حس کرلیں۔

مذکورہ بالا عمل سے بہتر یہ ہے کہ صلبیہ کے اندر سوراخ کر دیا جائے۔ جس کا طریقہ یہ ہے کہ پہلے آنکھ میں کوکین محلول ڈالیں۔ اور مفتاح الجفن کے ذریعہ آنکھ کو کھول لیں۔ مریض سے کہیں کہ شبکیہ کے اکھڑے ہوئے حصہ کے بالمقابل جس قدر بھی آنکھ کو موڑ سکے موڑے یعنی اگر اکھڑا ہوا حصہ نیچے ہے تو مریض اوپر کو دیکھے۔ اسی وضع میں آنکھ کو قائم کرنے والی چمٹی کے ذریعہ قائم کرلیں۔ چمٹی کو ایک مددگار پکڑے رہے۔ معالج دوسری جفت مثبت (قائم کرنے والی چمٹی) کے ذریعہ حسبقدر پیچھے سے ہو سکے ملتحمہ کو پکڑے اور سامنے کو کھینچ لے اس کے بعد جس مقام پر شبکیہ اکھڑا ہے اسی مقام پر موتیابند والے نشتر سے صلبیہ میں ایک شگاف دے۔ یعنی اس نشتر کو مقلی استوا پر اندر کی طرف لے جائیں۔ نشتر کی پشت کو سامنے کی طرف رکھیں۔ اور ۱۰ سے ۱۲ ملی میٹر تک اندر داخل کریں۔ تاکہ صلبیہ مشیمیہ اور شبکیہ میں سوراخ ہو جائے۔ اس کے بعد پہلی وضع کے ساتھ زاویہ قائمہ بناتے ہوئے نشتر کو گھما دیں اور گھمانے کے بعد نکال لیں۔ ایسا کرنے سے ایک جیب نما زخم بن جاتا ہے۔ نشتر کو جب باہر نکال لیتے

ہیں تو اس کے ساتھ ہی شبکیہ کے نیچے کا سیال خارج ہو جاتا ہے۔ اب جنت مثبت کو ہٹالیں اور ملتحمہ کو جسے سامنے کھینچ رکھا تھا چھوڑ دیں اس کو چھوڑ دینے سے یہ زخم کو چھپا لیتا ہے۔ ملتحمہ کے زخم میں ٹانکا لگا دیں۔ اس کے علاوہ صلبیہ کے پچھلے حصہ میں "تفقیئی عمل" بھی کیا جاتا ہے۔ مگر صرف صلبیہ کے اندر سوراخ کرنا بیکار ہے۔ جب تک کہ شبکیہ کے اندر بھی سوراخ نہ کیا جائے ایسا کرنے سے تحت شبکی جوف اور زجاجیہ کے درمیان تعلق ہو جاتا ہے۔ اور اس سے انجذاب میں پوری مدد ملتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس عمل جراحی سے زخم کے ساتھ شبکیہ لگ کر ملتصق ہو جائے۔

مشیمیہ اور شبکیہ کی خلقی بدوضعیاں

مشیمیہ اور شبکیہ کا خلقی انشقاق یا نقص۔

کسی ایک مقام پر خلقی بدوضعی ہوتی ہے جس کا مطلب یہ ہے کہ اس جگہ شبکیہ اور مشیمیہ کی تکوین خلقی اور صحیح طور پر نہیں ہوئی۔ یہ نقص عموماً نچلے حصہ میں پایا جاتا ہے مگر خاص نقص جنینی مشیمی قناۃ کے ناقص طور پر بند ہونے سے پیدا ہوتا ہے ایسی صورت میں منظار عین کے ذریعہ معائنہ کرنے پر ایک چمکدار رقبہ قعر عینی پر دکھائی دیتا ہے۔ اس کے کنارے ملوّن ہوتے ہیں۔ اسی کے ساتھ عموماً عنبیہ میں بھی یہ نقص دیکھا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایسی آنکھ طبعی آنکھ سے چھوٹی ہو دونوں آنکھوں میں یہ حالت ملتی ہے اور موروثی ہوتی ہے۔ یہ رقبہ بیضوی یا دُم دار ستارہ کے مانند ہوتا ہے اور اس کا گول سرا قرص بصری کی جانب ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس رقبہ میں قرص بصری بھی شامل ہو جائے اور یہ بھی ممکن ہے کہ نہ شامل ہو۔ اس کی سطح پر چند عروق معلوم ہوتے ہیں جن میں سے بعض عروق شبکی ہوتے ہیں۔ کناروں پر مشیمی عروق پائے جاتے ہیں۔ جن میں سے اکثر شرائین ہدبیہ موخرہ سے حاصل ہوتے ہیں۔

اس رقبہ کی سطح عموماً گرد و جوار کی سطح سے ذرا نیچی ہوتی ہے۔ مرکزی بصارت خراب ہو جاتی ہے اور میدان بصری اس رقبہ سے کم و بیش مطابقت رکھتا ہے۔ بعض اوقات اس کے کناروں پر شبکی اجسام عصوی و مخروطی بھی پائے جاتے ہیں۔ ایسے دوسرے رقبے دونوں آنکھوں میں دوسرے مقامات خصوصاً بقعہ صفراوی پر بھی پائے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ان میں سے بعض جنینی حالت میں التہاب شبکیہ کی وجہ سے پیدا ہوئے ہوں۔

البینزم (Albinism) کا مفہوم یہ ہے کہ آنکھ کے اندر تلوین کے پیدا ہونے میں نقص رہ گیا ہے۔

ایسے مریضوں کی آنکھ یا جسم کے اندر کہیں کوئی رنگ نہیں ہوتا۔ جسم گلابی رنگ کا معلوم ہوتا ہے اور ان کو چوندھ بہت لگتی ہے۔ جزئی تلوینی رنگ کا غائب ہونا عام بات ہے۔ اس حالت میں یہ نقص مشیمیہ اور شبکیہ میں ہوتا ہے۔ عنبیہ نیلا ہوتا ہے یا اس میں کوئی دوسرا رنگ پایا جاتا ہے۔ منظار عین کے ذریعہ شبکی اور مشیمی عروق نہایت واضح نظر آتے ہیں ان کے درمیان چمکدار حصص دکھائی دیتے ہیں حقیقتاً ان حصص پر صلبیہ چمکتا ہوا نظر آتا ہے۔ بقعہ صفراوی پر تلوین پائی جاتی ہے۔ اسی لئے یہ طبعی حالت میں نظر آتا ہے۔ چوندھ۔ رقص العین۔ اور نقص بصارت اس کے لوازم ہیں۔ اندرونی حول بھی اس کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ یہ حالت موروثی ہوتی ہے۔

علاج۔ آنکھ کا معائنہ کرنے کے بعد رنگین چشمے دیئے جائیں۔

شبکیہ کی خلقی تلوین

عموماً منظار عین کے ذریعہ معائنہ کرنے پر چھوٹے بیضوی خاکستری رنگ کے دھبے یا مختلف الاضلاع خاکستری سیاہ رقبے شبکیہ کے اندر یکجا نظر آتے ہیں۔ یہ رقبہ جات مسطح ہوتے ہیں۔ عروق کے پیچھے واقع ہوتے ہیں اور عرصہ دراز تک ان میں کوئی تغیر نہیں ہوتا۔ خیال غالب ان کے متعلق یہ ہے کہ یہ خلقی ہوتے ہیں۔ ان کا باعث شبکی بشری خلیات کی تلوین کا اجتماع ہے۔ یہ دھبے کبھی عنبیہ پر دکھائی دیتے ہیں۔

غیر شفاف عصبی الیاف

یہ الیاف عصب باصرہ کے نخاعی غلاف طبقہ مصفویہ پر اندر جانے سے پہلے ختم ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات طبقہ مصفویہ کے اندر بھی یہ عصبی غلاف موجود ہوتا ہے۔ منظار عین کے ذریعہ دیکھنے پر یہ سفید رقبہ کی صورت میں نظر آتا ہے۔ اس کے محیطی کنارے پر شعاعی لکیریں پائی جاتی ہیں۔ عموماً یہ رقبہ جات قرص بصری کے ساتھ متصل ہوتے ہیں۔ مگر کبھی الگ بھی ہوتے ہیں لیکن اس سے دور نہیں ہوتے۔ شبکی عروق بعض مقامات پر ان غیر شفاف رقبہ جات کی وجہ سے پوشیدہ ہو جاتے ہیں۔ ان کی موجودگی کی وجہ سے بقعہ عمیا بڑا معلوم ہوتا ہے۔ ان کے مقابلہ میں میدان بصارت کے اندر عدم بصارت والا رقبہ پایا جاتا ہے۔ کبھی یہ رقبہ اسقدر وسیع ہو جاتا ہے کہ بقعہ صفراوی ماؤف ہو جاتا ہے۔ اور مرکزی بصارت زائل ہو جاتی ہے۔ اگر زرق الماء یا ضمور عصب باصرہ کی وجہ سے ان الیاف میں فسادی تغیر واقع ہو تو یہ نخاعی غلاف غائب ہو جاتا ہے اور اس بدوضعی کا کوئی نشان باقی نہیں رہتا۔ ان کی تشخیص ضروری ہے کیونکہ بعض اوقات غلطی سے ان کو التہابی

ترشح سمجھ لیا جاتا ہے یعنی زلالی التہاب سے تعلق رکھنے والے ترشح کی جانب خیال جاتا ہے۔ مگر یہ حالت دونوں آنکھوں میں ملتی ہے۔ حقیقتاً یہ خلقی نہیں ہوتی کیونکہ عصب باصرہ کے الیاف کے غلاف کی تکوین پیدائش کے کچھ عرصہ بعد تک جاری رہتی ہے۔

رتوند Night blindness گرم ممالک میں یہ مرض بہت عام ہوتا ہے بعض اوقات اس کا کوئی سبب نہیں معلوم ہوتا۔ اس کے ساتھ بعض عوارض ایسے بھی پائے جاتے ہیں جنکی طرف فوراً توجہ کو مبذول کرنا ضروری ہوتا ہے۔ ہر جگہ پر اس کے اسباب یکساں ہوتے ہیں۔ تاہم مندرجہ ذیل باتوں کا خیال بہت ضروری ہے۔

(۱) کونین وسنکھیا کے علاوہ انٹی منی کا استعمال مختلف گرم ممالک میں مختلف امراض میں علاجاً استعمال کی جاتی ہیں۔ ان کے استعمال سے عصب باصرہ کا ضمور لاحق ہوتا ہے اس قسم کی خفیف یا جزئی بیماریوں میں یہ بھی شکایت لاحق ہوتی ہے کہ مریض کو جھٹ پٹے وقت یا اندھیرے میں رات کے وقت دیکھنے میں تکلیف ہوتی ہے۔

(۲) اکثر ممالک میں رات کو گلیوں اور سڑکوں پر روشنی نہیں ہوتی ان مقامات کے ایسے باشندے جنکی آنکھوں میں نوری احساس بہت کم یا خفیف ہو وہ رات کو چلنے پھرنے سے معذور رہتے ہیں۔

(۳) مشرقی ممالک میں قریبی رشتہ داروں میں شادیاں عام طور پر ہوا کرتی ہیں۔ ایسی شادیوں کے بعد پیدا ہونے والے بچوں میں التہاب مشیمیہ منتشرہ اور دیگر خلقی موروثی بیماریاں عموماً پائی جاتی ہیں۔ اب ہم اس مختصر تمہید کے بعد مشرقی ممالک کے باشندوں کی رتوند کے متعلق اپنی رائے کا اظہار کرتے ہیں۔

وبائی رتوند۔ اس مرض کے متعلق مدت دراز سے ماہرین کو علم ہے۔ صدیوں پیشتر چین۔ جاپان۔ روس۔ ترکی میں ماہرین کو اس کے متعلق علم تھا چنانچہ وہ لوگ اس کا علاج بھی کرتے تھے۔ جنگ کے زمانے میں سپاہیوں میں اس مرض کا وبائی طور پر پھیلنا ایک مسلم امر ہے۔ مصر میں "نپولین" کے سپاہی عموماً اس مرض کا شکار ہوئے۔ جزائر کریمیا۔ جنوبی افریقہ کی جنگ اور جنگ عظیم میں کثرت کے ساتھ یہ مرض پایا جاتا تھا۔ گرم ممالک میں جہازوں پر کام کرنے والے ملاحوں کو اگر خراب غذا ملے اور سورج کی روشنی خاص طور پر زیادہ ہو تو یہ مرض ان کو زیادہ لاحق ہوتا ہے۔

مرئی وحسی علامات یہ مرض گرمی سے تعلق رکھنے والا ہے۔ اس کے ساتھ ملتحمہ میں رمد یابس بھی پائی جاتی

ہے۔ عورتوں کی بہ نسبت مرد زیادہ جلد اس مرض میں مبتلا ہوتے ہیں۔ ممکن ہے اس کی وجہ یہ ہو کہ مردوں کو زیادہ تکالیف ارضی وسماوی کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ ہر عمر میں لاحق ہو سکتا ہے۔ گرم ممالک میں بچے سب سے زیادہ مبتلاء مرض ہوتے ہیں۔ مختلف مریضوں میں اس مرض کی شدت وخفت کے مدارج مختلف ہوتے ہیں۔ صرف رتوند کی تکلیف کی وجہ سے مریض معالج کے پاس آتے ہیں۔ بعض اوقات ایسی حالت بھی اس مرض کی پائی جاتی ہے کہ نہایت غور و فکر کے ساتھ معائنہ کرنے پر اس مرض کی تشخیص ہوتی ہے۔ جنگ عظیم کے زمانے میں جرمن ماہرین اس مرض کے مریضوں کو معائنہ اندھیرے کمرے میں گھڑی کے روشن ڈائل کے ذریعہ کیا کرتے تھے۔ اور اس کی طرف طاقت مشاہدہ کی کمی و بیشی کے ماتحت اس کے درجات مقرر کرتے تھے۔

ملتحمہ میں رمد یابس بغیر رتوند کے بھی پائی جا سکتی ہے۔ لیکن یوں کہنا زیادہ مناسب ہے کہ رمد یابس کے ساتھ رتوند کی علامتوں کا بہت زیادہ نمایاں نہ ہونا ممکن ہے۔ ان دونوں امراض میں کوئی خلقی تعلق نہیں ہے صرف یہی صدا اشتراک ہے کہ دونوں ایک ہی سبب کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ خراب حالتوں میں ملتحمہ کے ساتھ پورا قرنیہ بھی ماؤف ہو جاتا ہے۔ اور خفیف حالات میں یہ مرض صرف فتحۃ العین والے ملتحمہ تک محدود رہتا ہے۔ گو کہ دونوں آنکھوں میں مرض ایک درجہ کا نہیں ہوتا لیکن ماؤف دونوں ہوتی ہیں۔ قرنیہ کے دونوں جانب خشک مثلثی رقبہ دکھائی دیتا ہے جس پر مکدر سفید جھاگ مجتمع ہوتا ہے۔ اگر اس کو پونچھ کر صاف کر دیا جائے تو دوبارہ اسی جگہ یہ جھاگ جمع ہو جاتا ہے اگر ایک مرتبہ آنکھ کو اس حالت میں دیکھ لیں تو کبھی نہیں بھول سکتے۔ قرنیہ کے ان ماؤف رقبوں میں "عصائے رمد یابس" بہت زیادہ تعداد میں پائے جاتے ہیں۔ مشرقی ممالک میں وبائی زمانے میں اس مرض کی مرضی تصویر بہت کچھ مختلف ہوتی ہے۔ پوری آنکھ کا ملتحمہ ماؤف ہو سکتا ہے اس کے اندر چینٹیں پڑ جاتی ہیں اور اس کی حالت ایسی ہو جاتی ہے جیسا کہ کوئی غلیظ کپڑا پھیلا ہوا ہو۔ اگر اس حالت میں پلک کو پلٹا جائے تو جفنی کنارے کے آخر تک یہ مرض بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ قرنیہ کے اندر خرابی کے لاحق ہونے سے برے نتائج ظہور پذیر ہو سکتے ہیں۔ کیونکہ اس میں صرف یبس ہی نہیں پیدا ہوتا بلکہ بعض اوقات آنکھ سے قرنیہ بطور تاکل کے علیحدہ ہو جاتا ہے۔ اور اس کے بعد عنبیہ باہر کو نکل آتا ہے۔ اور آنکھ خراب ہو جاتی ہے۔ بعض آنکھوں میں بہت جلد صدیدی ارتشاح خزانہ مقدم میں ظاہر ہوتا ہے اور قرنیہ میں مندرجہ ذیل خصوصیات پیدا ہو جاتی ہیں۔

(۱) قرنیہ کے اندر ارتشاحی انصباب پیدا ہو جاتا ہے۔ قرحہ اور سوراخ بہت جلد پیدا ہو جاتا ہے۔

(۲) مقامی درد اور ردعمل بہت جلد غائب ہو جاتے ہیں۔

عمومی علامات

مشرقی ممالک میں قحط کے زمانے میں خصوصیت کے ساتھ اگر ایسے مریضوں کو دیکھا جائے انسان زندگی بھر کبھی نہیں بھول سکتا۔ ایسے مریض بچوں کی آواز نہایت نحیف و کمزور ہوتی ہے اور یہ ٹھہر ٹھہر کر روتے ہیں۔ ان کی ٹانگیں اور بازو لکڑی کی طرح سوکھ جاتے ہیں۔ پیٹ پھول جاتا ہے جلد خشک اور غیر لچک دار ہو جاتی ہے اور اس سے بھوسی اڑتی ہے۔ آنکھیں خشک اور اندھی ہوتی ہیں۔ جسم سے باسی بول و براز کی بو آتی ہے۔ اکثر بچے اس قدر نحیف ہو جاتے ہیں کہ ان کے واسطے سوائے موت کے اور کوئی چارہ نہیں ہوتا۔ سرد ممالک میں ایسے بچے بہت جلد مر جاتے ہیں۔ ان میں سے کوشش کے بعد بعض بچے بچتے ہیں مگر وہ اندھے ضرور ہو جاتے ہیں۔

ایسے مریض بھی پائے جاتے ہیں جن میں مرض نہایت خفیف درجہ کا ہوتا ہے۔ اور ان کی تندرستی کے عام میں ہم کامیاب ہو سکتے ہیں۔ ماہر ہربرٹ کا خیال ہے کہ ان مریضوں کی دوسری جگہوں کی غشاء مخاطی میں بھی کچھ نہ کچھ ظواہر ضرور موجود ہوتے ہیں۔

ملتحمہ کی غشاء مخاطی اور حنجرہ میں کچھ تبدیلیوں کے ہونے سے آواز بیٹھ جاتی ہے۔ ناک کے اندر خفیف التہاب یا خراش پائی جاتی ہے۔ سینہ میں التہاب شعبی ہوتا ہے۔ مزمن پیچش یا اسہال میں مبتلا ہوتے ہیں۔ پیشاب میں صدید آ خلیات پائے جاتے ہیں اور خفیف بخار بھی ہوتا ہے۔ قرنیہ کی حالت کو ہم لین القرنیہ کے نام سے موسوم کر سکتے ہیں۔ یہ ظواہر تغذیہ کی خرابی کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ اسی لئے ان کا انجام مہلک ہوتا ہے۔ مذکورہ باتوں کے علاوہ مندرجہ ذیل عوارض بھی پائے جاتے ہیں۔

(۱) التہاب غدہ خلف الاذن۔

(۲) التہاب غدد لمفاوی۔

(۳) اوتار الصوت کے اندر جابجا صلابت ہوتی ہے۔

بصارت لونی اور میدان بصری۔ سرخ اور سبز رنگ کا میدان بصر کم ہو جاتا ہے۔ بالخصوص سرخ رنگ کے

زیادہ کم ہوتا ہے۔ سفید روشنی کے لئے بھی میدان بصارت میں کمی واقع ہو جاتی ہے۔

دموی تغیرات۔ رمد یابس میں جو بچے مبتلا ہوتے ہیں ان کے اندر حمرت دموی کی مقدار کم ہو جاتی ہے۔ لکڑی کا کوئلہ جلانے والوں میں کیونکہ ان کے اندر بھی رتوند پائی جاتی ہے اور ہر ایک کے خون میں حمرت دمویہ کی مقدار کم ہوتی ہے۔

تیز روشنی کے لئے حس بصارت کی کمی۔ ماہرین کا خیال ہے کہ رتوند والے مریض سورج کی طرف بامقابلہ طبعی بصارت والے انسانوں کے زیادہ دیکھ سکتے ہیں۔ اور رات کے وقت ان کو صرف تیز روشنی والے ستارے دکھائی دیتے ہیں۔ دوربین کے ذریعہ بھی کم روشن ستارے نظر نہیں آتے۔

منظار عینی تصویر۔ شبکی انعکاس بڑھ جاتا ہے اور قعری انعکاس زیادہ ہلکے رنگ کا ہوتا ہے۔ بعض ماہرین کا مشاہدہ ہے کہ قرص بصری کے نزدیک یہ انعکاس سالم نہیں بلکہ کٹا پھٹا ہوتا ہے۔ بعض ماہرین نے بیان کیا ہے کہ قعرعینی کا انعکاس ہلکے رنگ کا ہو جاتا ہے اور یہ حالت خصوصیت کے ساتھ کمزور آدمیوں میں ملتی ہے۔ جاپان میں ماہر میکا تو نے ان مریضوں میں جن کی آنکھ میں رمد یابس اور رتوند دونوں موجود تھی۔ ان کے قعرعینی کے اندر افقی محور میں چھوٹے چھوٹے نقطے دیکھے۔

تشریح مرضی۔ رمد یابس۔ پیدا کرنے والے جراثیم مرضی جراثیم نہیں ہوتے ہیں۔ عموماً غلاظت اور مردہ نسیجوں میں ملتے ہیں۔ اور اسی پر اپنی زندگی بسر کرتے ہیں۔ ان کی وجہ سے ملتحمہ میں تبدیلیاں نہیں رونما ہوتیں۔ بشرہ دبیز ہو جاتا ہے۔ اور سطحی خلیات سطح پر ایک قسم کی سخت ساخت بنا لیتے ہیں۔ ان میں شحمی حبیبات خوردبینی امتحان سے نہیں معلوم ہوتے۔ سطحی سخت پرت کے نیچے خلیات کے اندر حبیبات شفاف کیراٹین رده مادہ جو سینگ سے مشابہ ہوتا ہے دیکھے جا سکتے ہیں۔ مخاطی خلیات خاص طور پر غائب ہوتے ہیں۔ یہ تبدیلیاں آنکھ کے کھلا رہنے اور خشک ہونے کی وجہ سے پیدا ہوتی ہیں۔ علاوہ ازیں اس میں رطوبت دمعیہ کی کمی بھی پائی جاتی ہے۔ غدد مائی بومین کا افراز اور جراثیم بعض مقامات پر چپکے ہوتے ہیں۔

اسباب مرض۔ تمام ماہرین اس امر پر متفق ہیں کہ ملتحمہ اور شبکیہ کے اندر تغیرات کا سبب ایک ہی ہوتا ہے۔ اس سلسلہ میں دو باتیں قابل غور ہیں۔

(۱) عمومی تغذیہ جسمانی کی خرابی (۲) روشنی کا عمل - اگر ہم ایسے مریض کو من حیث الکل دیکھیں تو اسکی حقیقت کو مکمل طور پر سمجھ سکتے ہیں۔ ہندوستان میں آنکھ کے شفاخانوں میں اس مرض کی جو تصویر ہم دیکھتے ہیں وہی حالت عام طور پر لندن میں غرباء کے شفاخانوں میں بھی ملتی ہے۔

تغذیہ عمومی - ماہر شیلے کا خیال ہے کہ "لین القرنیہ" خون میں تغیرات پیدا ہو جانے کی وجہ سے لاحق ہوتا ہے۔ جس کا باعث افعال کبدیہ کی خرابی ہے۔ غذا میں شحمی مواد کی کمی بھی ہوتی ہے۔ تغذیہ کی اسی خرابی کی وجہ سے غشاء مخاطی کے اندر کمزور نزلی جراثیم کے اثرات قبول کرنے کی استعداد بڑھ جاتی ہے۔

"پارس" کا خیال ہے کہ تغذیہ کی یہ خرابی شبکیہ پر بھی ضرور موثر ہوتی ہے۔ وجہ اس کی یہ ہے کہ خراب شدہ ساختوں کی تعمیر نہیں ہوتی۔ دوسرے ماہرین اس کا باعث خون میں حمرۃ الدم کی کمی قرار دیتے ہیں۔

"ماہر ایشا بارا" جن کا تجربہ بہت وسیع ہے، اُن کا خیال ہے کہ غذا میں شحمی مواد کی کمی سے یہ حالت پیدا ہوتی ہے اور اُسی وقت نمایاں ہو جاتی ہے جبکہ مریض کی عام صحت اچھی معلوم ہوتی ہے یعنی صحت کی حالت میں بھی جب شحمی مواد کی خاص حد تک کمی ہو جائے تو یہ حالت پیدا ہو سکتی ہے۔

جنگ عظیم کا کوئی اثر جو جسمانی قویٰ انسانی اخلاقیات پر مؤثر ہوتا ہے اُس سے بھی تغذیہ میں خرابی پیدا ہوتی ہے۔ ہم کو علم ہے کہ انسانی تخیل کا اثر صحت پر کسقدر پڑتا ہے اور جسمانی مختلف اعضاء پر بے نالی کے غدود کے افرازات کا جس قدر نمایاں اثر پڑتا ہے اُس کا بھی علم ہے۔ ان تمام مذکورہ امور کی وجہ سے ہم مجبور ہوتے ہیں کہ ان کو صحیح طور پر سبب قرار دیں۔

روشنی کا اثر - جہاں جہاں رتوندا اور رمدیابس پائی جاتی ہیں ہر جگہ سے یہی معلوم ہوتا ہے کہ یہ مرض اُسی زمانے میں بہت ہوتا ہے جبکہ سورج کی روشنی تیز ہوتی ہے۔ سرد ممالک میں اس کا سبب یہ بتایا جاتا ہے کہ جوان لڑکے اور بچے سر پر کچھ نہیں ڈھانکتے اسی وجہ سے لڑکیوں کے مقابلہ میں ان کو یہ مرض زیادہ لاحق ہوتا ہے۔ اور اسی وجہ سے ہر جگہ پر مردوں میں یہ مرض زیادہ پایا جاتا ہے۔

اگر ہم اس سبب کو زیادہ واضح طور پر سمجھنا چاہیں تو ہماری مشکلات میں اضافہ ہو جاتا ہے۔ مگر اپنے علم کی زیادتی کے لئے ہم اس کو نظر انداز نہیں کر سکتے۔

رتوندا اُسی قدر زائد لاحق ہوتی ہے جسقدر تیز روشنی میں مریض دن کے وقت زیادہ رہتے ہیں۔ بعض یورپین لاح جو گرم ممالک کے سمندروں میں کام کرتے ہیں ان کو کچھ عرصہ کے بعد معلوم ہوتا ہے کہ رات کے وقت اُن کو دیکھنے میں تکلیف محسوس ہوتی ہے۔ اس تکلیف کے رفع کرنے کے واسطے وہ لوگ دن میں ایک آنکھ سے اور رات کے وقت دوسری آنکھ سے کام لیتے ہیں۔ چنانچہ وہ دن میں ایک آنکھ پر پٹی باندھ دیتے ہیں۔ تاکہ وہ بالکل دیکھنے کا کام نہ کرے۔ رات کو دونوں آنکھیں کھول دیتے ہیں۔

بعض ماہرین کی نظروں سے ایسے مریض بھی گذرے ہیں جو رتوندے میں اسوجہ سے مبتلا ہوئے تھے کہ رات کے وقت اُن کو جنگ کے زمانے میں جنگ کے فرائض انجام دینے پڑے تھے۔ یعنی رات کے وقت اندھیرے میں غور سے دیکھتے رہنے سے بھی آنکھ کی بصارت پر ایک قسم کا خراب اثر پڑتا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ ان مریضوں کو رات کے علاوہ دن میں بھی ان ہی حالات سے سابقہ پڑتا تھا۔ مذکورہ سبب کے علاوہ دماغی جسمانی اور اعصابی اثر بھی اس مرض میں ترقی کا باعث ہوتا ہے۔

بعض ماہرین کا خیال ہے کہ "عصوی اجسام" میں تبدیلی لاحق ہوجاتی ہے۔ اور بعض کا خیال ہے کہ بصارتی ارغوانی رنگ کے بننے میں کچھ خرابی ہوتی ہے۔ مگر اس میں شک نہیں کہ شبکیہ پر اس خراب اثر کی ذمہ دار وہ شعاعیں ہیں جو طیف شمسی کے دکھائی دینے والے حصے سے تعلق رکھتی ہیں۔ کیونکہ گرمی تیز کیمیاوی اثر رکھنے والی شعاعیں سب کی سب آنکھ کے مختلف شفاف واسطوں میں سے گذر کر شبکیہ تک نہیں پہونچتیں۔

تشخیص۔ تشخیص عموماً آسان ہوتی ہے۔ ہندوستانی اور مشرقی ممالک میں چونکہ لوگوں کو رتوندے کی عمومیت کا علم ہے۔ اس لئے بعض اوقات لوگ حیلہ کے طور پر اس مرض میں اپنے کو مبتلا ظاہر کرتے ہیں تاکہ تکلیف دہ فرائض کی انجام دہی اور نوکری کی دشوار گذار منزلوں سے نجات پاجائیں چنانچہ ہمارے یہاں عموماً فوجی سپاہی اور پولیس کے ملازمین اس قسم کی حیلہ سازی کرتے ہیں۔ اس کی تحقیق کہ مریض حیلہ کرتا ہے یا حقیقتاً وہ اس مرض میں مبتلا ہے۔ ذیل کے طریقہ پر ہوسکتی ہے۔

اندھیرے کمرے میں مریض کو لے جائیں۔ اور سیاہ دیوار کی طرف منہ کرکے اسکو بٹھادیں اتنی دیر تک بٹھائے رکھیں کہ اندھیرے سے وہ مانوس ہوجائے اتنی دیر تک خود شفاخانے کے بقیہ کام کرتے رہیں۔ اس کے بعد یکایک

اُس کو اوٹھنے کو کہا جائے اور کمرے سے دوسرے کنارے پر جانے کی تاکید کی جائے اس کے راستے میں چند سٹول پہلے سے رکھدئے جائیں۔ اگر مریض ان سٹولوں سے بچ کر نکل جائے تو ظاہر ہے کہ اس کی شکایت حیلہ سازی پر مبنی ہے اور اگر وہ کسی سٹول سے ٹھوکر کھائے تو دو مددگار جو دائیں اور بائیں جانب ہوں وہ اُس کو بچائیں۔ مشکوک حالت کو سمجھنے کے لئے بہتر ہے کہ مریض کو اندھیرے کمرے میں ایک گھنٹہ تک رکھا جائے۔ اور اس کے حدقہ عینی کا ردعمل خفیف روشنی کے لئے دیکھیں۔ اندھیرے کمرے میں لانے سے پہلے اور بعد کو بھی طبعی حالت میں حدقی انعکاس بہت زیادہ بڑھ جاتا ہے۔ مگر رتوندی کی حالت میں ایسا نہیں ہوا کرتا۔

علاج۔ چین، جاپان اور دوسرے ممالک میں رتوندا ور مدیا بس کا علاج کبدی خلاصہ اور شہد سے کیا جاتا ہے۔ اس علاج کے ساتھ ساتھ "ایل مچھلی" کا گوشت بھی کھلاتے ہیں۔ آجکل اس کے واسطے مچھلی کا تیل زیادہ مناسب سمجھا جاتا ہے۔ بچھڑے کے پایوں کے تیل کی مالش بھی اس کے واسطے مفید سمجھی جاتی ہے۔ یہ عجیب بات ہے کہ پکایا ہوا جگر کا گوشت اور مچھلی کا تیل استعمال کرانے سے بہت فائدہ ہوتا ہے۔ رات کے وقت بصارت اور قرنیہ کی حالت بہتر ہو جاتی ہے۔

ماہر شیلے کا تجربہ ہے کہ کسی ماں کو رتوند اور اس کا دودھ پینے والے بچے کے طبقہ قرنیہ میں خرابی تھی۔ ماں نے خوب جگر کا گوشت اور مچھلی کا تیل استعمال کیا اس سے وہ خود اور اس کا لڑکا دونوں اچھے ہو گئے۔ مریض کو جس ماحول میں مرض لاحق ہے اس کو اُس سے علیحدہ کر دینا چاہیے۔ خستگی کے تمام ذرائع رفع کر دئے جائیں۔ مریض کی آنکھ پر کرکس کے چشمے (۲) نمبر کے لگائے جائیں۔

ماہر "ہنگ" کا خیال ہے کہ لوہے کے اجزا دینے سے مچھلی کے تیل سے زیادہ فائدہ پہونچتا ہے۔ اور ماہر "ڈینس" اس امر کی سفارش کرتے ہیں کہ ایسے مریضوں کو کیلسیم یعنی سنکھیا۔ لوہا۔ جوہر کچلہ اور مچھلی کا تیل ایک ساتھ ملا کر دیا جائے

تیز روشنی کی وجہ سے بصارت کا ضعف

یہ حالت بعض عصبی المزاج لوگوں میں عرصہ تک تیز روشنی میں کام کرنے کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔

مرض دور عموماً یہ شکایت نہایت آہستہ آہستہ لاحق ہوتی ہے۔ پہلے معمولی تکلیف شروع ہوتی ہے۔ یہ تکلیف خصوصاً اسوقت شروع ہوتی ہے جبکہ مریض دھوپ میں ہو اس کے بعد سر میں خفیف سا درد شروع ہوتا ہے۔ اگر ان

قدرتی اشارات کی جانب توجہ نہ کی جائے تو یہی تکلیف درد میں تبدیل ہو جاتی ہے اور درد سر کی وجہ سے مریض کی زندگی نہایت ناخوشگوار ہو جاتی ہے، مریض اس امر کی شکایت بیان کرتا ہے کہ وہ تیز روشنی میں نہیں نکل سکتا۔ اس کی یہ شکایت بڑھتی جاتی ہے۔ جب وہ دھوپ میں نکلتا ہے تو آنکھوں کو آدھا بند کر لیتا ہے۔ اور نیچے آنکھیں کر لیتا ہے، چہرہ اور پیشانی کو سکوڑ لیتا ہے۔ شدید حالتوں میں آنکھوں کے سامنے ہاتھ رکھ لیتا ہے، تاکہ تیز روشنی سے آنکھ کو بچا سکے۔ جب مکان کی چہار دیواری میں داخل ہو جاتا ہے تو آہستہ آہستہ درد سر شروع ہو جاتا ہے۔ آنکھ کے ڈھیلے بھاری اور گرم معلوم ہوتے ہیں۔ اور نرمی سے بھی ہاتھ لگانے پر ان میں تالم کا احساس ہوتا ہے۔ ملتحمہ میں خفیف احتقان پایا جاتا ہے معمولی طریقہ پر آنکھوں سے زیادہ پانی بھی بہنے لگتا ہے۔ درد سر عجیب نوعیت کا ہوتا ہے۔ سب سے زیادہ درد سر کی جلد میں سامنے یا پیچھے یا باہر کسی مقام پر ہوتا ہے۔ اور یہ مقام مسلسل طور پر ماؤف سا معلوم ہوتا ہے۔ یہ حالت رفتہ رفتہ نہ صرف دن میں پائی جاتی ہے بلکہ رات میں لیمپ کی تیز روشنی بھی ناقابل برداشت محسوس ہوتی ہے۔ پاس سے گذرنے والے موٹر کی تیز روشنی اس کو پریشان کر دیتی ہے۔ بعض اوقات چاند کی روشنی سے بھی تکلیف ہوتی ہے۔ یہ عجیب بات ہے کہ بعض مریضوں کو سامنے سے روشنی بری نہیں معلوم ہوتی مگر اس روشنی سے تکلیف ہوتی ہے جو ایک طرف سے آنکھ میں داخل ہوتی ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ آنکھ میں شبکیہ کا محیطی حصہ باعتبار مرکزی حصہ کے روشنی کے لئے زیادہ حساس ہوتا ہے۔ منظار عینی کے ذریعہ معائنہ کرنے پر قعر عینی طبعی حالت میں پایا جاتا ہے۔ صرف اس کے اندر ایک حالت پائی جاتی ہے جس کو ہم ابھی بیان کریں گے، زیادہ دیر تک ان کی آنکھ کا امتحان کرنے سے ایسے مریض پریشان ہو جاتے ہیں۔ خصوصاً جبکہ معائنہ میں تیز روشنی سے کام لیا جائے۔ اسی لئے جسقدر بھی ممکن ہو اس امتحان کو کم از کم وقت میں کیا جائے۔ اکثر ایسے مریضوں کے طاق ملتحمی کے اندر احتقان دموی پایا جاتا ہے۔ یہی وہ مذکورہ استثنائیت ہے جس کو ابھی ہم ذکر کر چکے ہیں۔ ممکن ہے طاق ملتحمی میں احتقان اسقدر کم ہو کہ غور سے معائنہ کرنے پر اس کا پتہ چلے۔ اور یہ بھی ممکن ہے کہ اسقدر زائد ہو کہ ہم اسکو التہاب ملتحمہ کہہ سکیں۔ ان دونوں حالتوں کے درمیانی مدارج بھی پائے جاتے ہیں۔

اس حالت کی طرف ماہرین امراض چشم بہت کم توجہ کرتے ہیں۔ ایسے مریض خیال کرتے ہیں کہ اگر وہ ڈاکٹر کے پاس جائیں گے تو وہ ان کو جواب دے گا کہ تم کو کوئی شکایت نہیں ہے یا تم مذاق کرتے ہو حالانکہ یہ بیچارے

حقیقتاً تکلیف میں مبتلا ہوتے ہیں۔

جو شخص اس مرض میں مبتلا ہو صرف وہی اس کی اہمیت کو سمجھ سکتا ہے۔ مشرق میں ایک نووارد یورپین ایک مرتبہ اس مرض میں مبتلا ہوا، چنانچہ اس تکلیف کے ازالہ کے واسطے ڈاکٹری مشورے حاصل کرنے کے واسطے میلوں کا سفر طے کر کے وہ معالج کے پاس پہونچا۔ معالج نے امتحان کرنے کے بعد اس کو یقین دلایا کہ اس کی آنکھ میں کوئی خاص شکایت نہیں ہے۔ یہ ناکامی اور مایوسی اس کے واسطے اسقدر رنج و غم کا باعث ہوئی کہ مکان واپس جانے کے بعد اُس نے خودکشی کو ایسی زندگی پر ترجیح دی جس کی خبر اخبارات میں پڑھ کر ڈاکٹر کو سخت رنج پہونچا اس واقعہ کے بعد بھی اُس کو ایسے متعدد مریضوں کو دیکھنے کا اتفاق ہوا۔ مندرجہ ذیل حالات سے سبق آموز باتوں کو بخوبی سمجھ لینا چاہئے۔

(۱) ایک انگریز جس کو ہندوستان میں بسلسلۂ ملازمت مدتوں رہنے کا اتفاق ہوا۔ اس کی یہ حالت ہوئی کہ شدید دورے کے وقت اس کو سفید رنگ والے آدمی کی طرف دیکھنے سے بھی سخت تکلیف ہوتی تھی مگر رخصت لیکر یورپ جانے کے بعد اس شخص کی تکالیف میں سکون ہو گیا۔

(۲) ایک یورپین ڈاکٹر جس کو یہی شکایت لاحق تھی۔ اُس کا بیان ہے کہ سفید کاغذ پر لکھنا بھی اُس کے واسطے باعث اذیت تھا۔

(۳) ایک بوڑھے انگریز کو اپنی ملازمت کے آخری ۴ سال میں یہی تکلیف لاحق ہوئی۔ اُس نے ملازموں کو حکم دیدیا تھا کہ صبح سے پیشتر اُس کے کمرے کے دروازے بند کر دیں تاکہ روشنی کی تکلیف سے وہ تمام دن کے لئے بیکار نہ ہو جائے۔

(۴) امراض چشم کے ایک ماہر خصوصی کو جب یہ شکایت ہوئی تو وہ اتوار کا پورا دن اندھیرے کمرے میں گذارتا تھا۔ تاکہ اس روز آرام کی وجہ سے وہ آئندہ ہفتہ میں کام کرنے کے قابل ہو جائے۔ مگر اس طریقہ سے بمشکل وہ چند سال گذار سکا۔

(۵) ایک پادری ہندوستان میں بڑی اُمنگوں کے ساتھ آیا۔ جب اُس کو یہ شکایت لاحق ہوگئی تو اُس کی حالت نیم پاگل آدمیوں کی سی ہوگئی۔ اس کے خیال میں زندگی طویل جنجال معلوم ہوتی تھی اندھیرے کمرے میں روشنی

کی معمولی شعاع بھی اُسکو چڑچڑا بنانے کے لئے کافی تھی۔ اُس کی خواہش تھی کہ واپسی کے لئے اُس کو طبی سارٹیفکیٹ کیطرح مل جائے تو خدا کا شکر ادا کرے۔

حقیقت مرض

مغربی جوان جو آجکل مشرق میں کام کرنے کے لئے آرہے ہیں، اُن کا خیال ہے کہ جہاں تک ممکن ہو ماحول کا عادی بننا بہتر ہے۔ ایک حد تک یہ خیال صحیح ہے مگر بعد میں نہایت تکلیف دہ ہوتا ہے۔ یہ لوگ شروع شروع میں سورج کی دھوپ یا گرمی کی قطعاً پرواہ نہیں کرتے۔ مگر جیسے جیسے زمانہ گذرتا جاتا ہے ویسے ویسے اُن کی حالت بدلتی جاتی ہے۔ اور قوت مدافعت کمزور ہوتی جاتی ہے کیونکہ یہاں کی آب و ہوا اُن کے واسطے مضر ثابت ہوتی ہے۔ لہذا جہاں تک ممکن ہو ان لوگوں کو دھوپ سے بچنا چاہئے۔

گرم ممالک میں دھوپ کی تیزی کا اثر خصوصاً موسم گرما میں بہت شدید ہوتا ہے اور یہاں کی گرم ہوا اُس زمانے میں ایسی معلوم ہوتی ہے کہ گویا کسی آتشی تنور میں سے نکل رہی ہے۔ یہ روشنی کی کیمیاوی شعاعوں کے اثر کو دوبالا کرنے والی ہوتی ہے۔ دھول یا مٹی کے ذرات جو اُس کے ساتھ مل کر آنکھ میں داخل ہوتے ہیں وہ مزید تکلیف کا باعث بنتے ہیں۔ اس موسم میں ہوا کی طبعی رطوبت مفقود ہو جاتی ہے اسی وجہ سے آنکھ کے اندر گرمی زیادہ پہونچتی ہے (یہ امر مسلم ہے کہ سورج کی سرخ روشنی کی لہریں ہوا میں رطوبت کی وجہ سے رُک جاتی ہیں) اگر ہوا میں رطوبت نہ ہو تو یہ ہوا میں رُکتی نہیں بلکہ آنکھوں سے ٹکراتی ہیں۔ علاوہ ازیں تمام ایسے پیشے جن میں مکانوں سے باہر کام کرنا پڑتا ہے وہ بھی اس حالت کے پیدا کرنے میں ممد ہوتے ہیں۔ مثلاً انجنیری یا دوسرے پیشے جن میں کئی گھنٹے گھوڑے پر سوار رہنا پڑتا ہے۔ وہ سب اس حالت کو پیدا کرتے ہیں۔

نمک کی کانوں کے پاس بھی روشنی کی تیزی منعکسہ شعاعوں کی وجہ سے زیادہ ہوتی ہے۔ مردوں اور عورتوں کو یہ مرض یکساں طور پر لاحق ہوتا ہے۔ بصارت کی خرابیاں اس کی پیدائش کا باعث نہیں ہوتیں۔ مگر اس کے پیدا ہو جانے کے بعد قائم رکھنے والی ضرور ثابت ہوتی ہیں۔ یوروپین اشخاص کو مشرقی باشندوں کے اعتبار سے زیادہ تکلیف ہوتی ہے مگر فی نفسہ تکلیف سے مشرقی باشندے بھی مستثنیٰ نہیں ہیں۔

لہذا یہ خیال کہ سیاہ فام لوگ اپنے سیاہ رنگ کی وجہ سے محفوظ رہتے ہیں غلط ہے۔ ماہرین کا خیال ہے کہ طیف شمسی کے کنارے کی شعاعوں کا اثر جو کہ ملتحمہ یا قرنیہ پر ہوتا ہے وہی اس تکلیف کی پیدائش کا ذمہ دار ہے۔

طاق مُقحمہ کا احتقان اسی قسم کی لہروں سے پیدا ہوتا ہے - اس مرض یا تکلیف کا سبب یہی لہریں بنتی ہیں - جس کا بیّن ثبوت یہ ہے کہ طاق مُقحمہ کا علاج کرنے سے یہ حالت زائل ہو جاتی ہے - بعض ماہرین خیال کرتے ہیں کہ مریضوں کی تکلیف کا باعث دراصل آنکھوں کو آدھا بند کرنا اور پیشانی کو سکیڑ لینا ہے - اور اس مرض والے مریض ایسا ضرور کرتے ہیں - گویا کہ یہ لوگ اپنے خیال میں اس طرح اس تکلیف کو رفع کرنے کی کوشش کرتے ہیں -

اِن ماہرین کے خیال کے مطابق ابرو (بھوؤں) کو سکوڑنے پر بالائی مجری عصب پر دباؤ زیادہ پڑتا ہے - چنانچہ یہ عصب عظم جبھی اور بھوؤں کی شکنوں کے درمیان دب جاتا ہے - جس کی وجہ سے فوراً درد پیدا ہو جاتا ہے - اور یہ درد عصب خامس کی تمام شاخوں میں پھیل جاتا ہے - ہمارے خیال میں کسی خاص مریض کی حالت کو دیکھکر یہ بتایا گیا ہے - ورنہ یہ غلط ہے - یہ ضرور قابل تسلیم ہے کہ ایسا کرنے سے مریض کی تکلیف میں کسی قدر زیادتی ہو جاتی ہے -

ماہرین کا یہ بھی خیال ہے کہ تیز روشنی کی وجہ سے حدقہ عین کے بہت زیادہ منقبض ہونے پر عنبیہ کے حسی عصبی الیاف پر دباؤ پڑتا ہے - اور ان الیاف میں طبعی حالت سے بہت زیادہ تحریک ہوتی ہے مگر ہمارا خیال یہ ہے کہ جن حالات میں بجلی کی روشنی یا کسی اور چیز کی روشنی کے ماتحت حدقہ عین بہت زیادہ منقبض ہو اُن میں بھی اس کے پیدا ہونے کا امکان ہے - لیکن جن مریضوں کو تیز روشنی کی وجہ سے ضعف بصر لاحق ہوتا ہے - ان کا حدقہ عین طبعی حالت میں ہوتا ہے - لہذا ہم اس نظریہ کو صحیح نہیں مان سکتے -

بعض ماہرین کا خیال ہے کہ مشیمیہ کے اندر حسی الیاف روشنی کے اثر سے متاثر ہو کر دردناک ہو جاتے ہیں - غرضیکہ ان مختلف نظریات کا خیال رکھنا ضروری ہے کیونکہ ان میں سے کسی ایک کی صحت کے متعلق فیصلہ کرنا تقریباً ناممکن ہے جسکی وجہ یہ ہے کہ ایسے مریض شاذونادر ہی دیکھنے میں آتے ہیں -

ماہرین کا خیال ہے کہ بعض اوقات "رمد بثری" یا چھوٹے اجسام غریبہ کے آنکھ میں موجود ہونے کی صورت میں جفنی انقباض ظہور میں آتا ہے جس کا یہ مرض نتیجہ ہے - اور یہی دلیل سابق الذکر ضعف بصر کے متعلق بھی پیش کی جاتی ہے مگر ہمارا خیال اس کے باوجود یہ ہے کہ ان مریضوں کا ملتحمہ و قرنیہ زیادہ حساس ہوتا ہے - اور روشنی کے اثر سے ان کے عضلہ محیط جفن میں انعکاسی انقباض پیدا ہو کر یہ حالت پیدا کر دیتا ہے - تیز روشنی کی وجہ سے ضعف بصر کا لاحق ہونا اور یہ تکلیف گویا کہ یہ دونوں ایسی حالتیں ہیں جن میں درجہ کا فرق ہے تکلیف کسی میں کم اور کسی میں زیادہ ہوتی ہے - ہمارا

خیال ہے کہ قرنیہ وملتحمہ کے اندر عصب خاس کے الیاف میں فوق البنفشئی شعاعیں خراش پیدا کرتی ہیں - اور جس قدر زیادہ جفنی انقباض پایا جاتا ہے - اسی قدر اُن میں زیادہ تکلیف یا تحریک پہونچی ہے -

علاج - اس مرض کے علاج کے دو حصے ہیں - (۱) حفظ ما تقدم (۲) علاج مرض -

علاجِ مرض - اس تکلیف کا بہت کچھ ازالہ اس طور پر ممکن ہے کہ ہم طاق ملتحمہ تک دوا لگائیں - جو دوائیں درد اور خراش پیدا کرتی ہیں مثلاً کاسٹک وغیرہ وہ اس مرض میں نہیں استعمال کی جاسکتیں - کیونکہ ان کی خراش کی وجہ سے جفنی انقباض انعکاسی طور پر پیدا ہو کر ان ادویہ کے اثر کو اندر نفوذ کرنے سے روک دیتا ہے - آرجی رول اس مصرف کے لئے بہترین دوا ہے ۱۲½ فی صدی محلول کی صورت میں اسکو استعمال کرنا چاہئے - اس محلول کو دن میں دو مرتبہ دو ہفتے تک آنکھ میں ڈالتے رہیں - اور پھر دو ہفتہ کا وقفہ دیدیں - تین ماہ میں اس کا بین اثر ہوتا ہے - ملتحمہ بھی اس دوا سے رنگین نہیں ہوتا - وقفہ کے ایام میں مندرجہ ذیل نسخہ استعمال کرائیں -

زنک سلفٹ	۴ گرین	اگر اس محلول کے استعمال سے جفنی انقباض پیدا ہو تو اس کے ڈالنے سے دو منٹ پہلے ایک قطرہ کوکین محلول کا ڈال دیں -
پھٹکری	۲ گرین	
بورک ایسڈ	۱۰ گرین	
آبِ مقطر	۱ اونس	

اگر مذکورہ علاج سے کامیابی نہ ہو تو جسقدر اونچا ممکن ہو جفن کو اُلٹ کر ۲ فی صدی طاقت والا کاسٹک محلول لگائیں

اس مرض کی مزمن حالت والے مریضوں میں سے جن کی عمومی صحت بھی خراب ہو چکی ہو - اُن کو شمالی یورپ میں بھیجدیا جائے یا ہندوستان میں کشمیر سے اُس طرف کے پہاڑوں پر بھیجنا بھی موزوں ہے ، انگریزوں کو جب یہ مرض لاحق ہوتا ہے تو وہ انگلستان جانے سے بھی تندرست ہو جاتے ہیں - مگر برفستانی ممالک میں اسوقت تک ہرگز نہ جانا چاہیئے جب تک کہ آنکھ بالکل درست نہ ہو جائے اور اُس میں سکون کی حالت نہ عود کر آئے - معمولی تکلیف کی صورت میں آب و ہوا کی تبدیلی کی ضرورت نہیں لاحق ہوتی - اگر سر میں درد ہو تو بستر پر آرام کرایا جائے مگر یہ خیال رہے کہ اندھیرے کمرے میں ایسا کرنے سے بعض اوقات ۲۴ گھنٹہ میں بین فائدہ محسوس ہوتا ہے اور مریض اپنا کام کاج کرنے کے قابل ہو جاتا ہے - ان مریضوں کو کوئی دوا منوم (خواب آور) مثلاً لیومینال - برومائیڈ وغیرہ بھی

ضرور دیں کیونکہ ان سے زیادہ آرام پہونچتا ہے۔

حفظ ماتقدم۔ معمولی تکلیف کی صورت میں مریض کو چلنے پھرنے کی اجازت دیدیں، رنگین عینک لگائیں، ٹوپی چوڑے کنارے کی استعمال کریں میرے خیال میں ہندوستانیوں کے لئے اس مصرف کے لئے بڑی پگڑی زیادہ مناسب ہے، دھوپ کی شعاعوں کے کیمیاوی اثر سے بچنے کے لئے "کرکس" کے چشمے استعمال کریں یہ چشمے دو قسم کے ہوتے ہیں، (A) وہ چشمے جن میں سوڈیم نائٹریٹ کی ملاوٹ ہوتی ہے، اس کی وجہ سے یہ اس قابل ہوتے ہیں کہ طیف شمسی کے بنفشئی کنارے کی شعاعوں کو بہت کچھ جذب کرتے ہیں، (B) وہ چشمے جن کے شیشوں کے اندر "یورے آنک آکسائڈ" نکل آکسائڈ، اور کوبالٹ سلفیٹ کی ملاوٹ ہوتی ہے، ان کے مختلف رنگ ملتے ہیں، کرکس کے شیشوں کی یہ خاصیت ہوتی ہے کہ مختلف اشیاء اپنے قدرتی رنگ میں دکھائی دیتی ہیں، پہلی قسم کے چشمے معمولی قسم کے چشموں کی طرح ہوتے ہیں، ان دونوں قسموں کے چشموں کو خفیف شکایت کی صورت میں استعمال کیا جاتا ہے، مریض کو خود اُس رنگ کا چشمہ منتخب کرنا چاہئے جو اُس کو پسند آئے، کیونکہ اپنے احساس کے لحاظ سے وہی سمجھ سکتے ہیں کہ اُن کو کس رنگ کی ضرورت ہے، بازار میں مختلف رنگ کے چشمے دستیاب ہو سکتے ہیں۔ عموماً ہم یہی سمجھتے ہیں کہ نیلے رنگ کی عینک مریض کو تکلیف دہ ہوگی، مگر بعض ایسے مریض بھی ملتے ہیں جن کو اس رنگ کی عینک سے بھی فائدہ پہونچتا ہے، دھوپ میں ان چشموں کو لگانے کے لئے ضروری ہے کہ چشموں کے چاروں طرف بالخصوص ان کی جانبی طرفیں بالکل بند نہ ہوں، بلکہ جالی لگی ہو، یہ چشمے ٹھنڈے ہوتے ہیں اور ان سے آرام ملتا ہے، اوپر اور نیچے مجھری کناروں سے ان کی جالی بالکل فٹ ہو اس طرح کے چشموں میں کسی اور جانب سے روشنی باہر نہیں جا سکتی محض لگے ہوئے چشمے تکلیف دہ ہوتے ہیں۔

جو لوگ دھوپ میں سواری کرنے پر مجبور ہوتے ہیں اور دھوپ کے اثر کو بہت جلد محسوس کرنے لگتے ہیں، اُن کے واسطے ایسے چشمے زیادہ بہتر ہیں جن کی دونوں جانب بالکل بند ہوں، مگر بند کرنے والا دھات کا پرت جالی سے ذرا ہٹ کر لگا ہو۔ اس سے چشمہ بھونڈا ضرور ہو جاتا ہے مگر ضرورت کے مقابلہ میں بدصورتی کو کچھ اہمیت نہیں، دھات والے بند کرنے کے جانبی پرتوں کو اندر سے سیاہ کر دینا زیادہ مناسب ہے، اور ایسے لوگوں کی سواری کے لئے بند گاڑی زیادہ بہتر ہے۔

اگر معالج کو تیز روشنی سے پیدا ہونے والے ضعف بصر کا شک ہو تو مندرجہ ذیل امور کا بہت زیادہ خیال رکھے

(۱) بغیر ضرورت منظار عین سے معائنہ نہ کرے۔

(۲) حدقہ عین کو منبسط کر کے آنکھ کے اندر داخل ہونے والی روشنی کی مقدار کو زیادہ نہ کرے۔

ان دونوں حالتوں میں مریض کی تکلیف بڑھ جاتی ہے، اگر تعریعینی کا معائنہ بہت ضروری ہو تو جس قدر جلد ممکن ہو سکے اس معائنہ کو ختم کر دے، مذکورہ ہدایات بظاہر معمولی معلوم ہوتی ہیں مگر معالجہ میں ان سے بہت فائدہ پہونچتا ہے، مریض کو ہدایت کر دی جائے کہ تکلیف کے ازالہ کے بعد دھوپ سے بچنے کا بہت زیادہ رکھے، ورنہ مرض کا اعادہ ہوگا۔

امراض عصب باصرہ

تقاطع بصری سے لیکر آنکھ تک ہر مقام پر عصب باصرہ میں التہاب لاحق ہو سکتا ہے، عموماً مقلہ عین میں عصب بصری کا سرا ماؤف ہوا کرتا ہے اور اسی کو ہم التہاب عصب باصرہ (Optic neuritis) کہتے ہیں، لیکن جب آنکھ کے باہر پیچھے التہاب عصب باصرہ ہو تو اس کو خلف المقلہ التہاب عصب باصرہ (Retro bulbar or retro ocular neuritis) کے نام سے موسوم کرتے ہیں

صرف قرص بصری کا دموی احتقان ایک ایسی مرضی حالت ہے جس کی تشخیص کا تیقن شاذ ہی ہوتا ہے کیونکہ قرص بصری کا طبعی رنگ مختلف افراد میں مختلف ہوتا ہے۔ اور روشنی کی تیزی یا کمی کا بھی اس پر اثر پڑتا ہے، اس میں کوئی شک نہیں ہے کہ التہاب سے پہلے احتقان ضرور پایا جاتا ہے اور بعض آنکھوں میں ایک ہی قسم کی روشنی کے ماتحت دونوں آنکھوں کی قرص بصری میں یہ فیصلہ کرنا بھی ممکن ہے کہ ان میں سے کونسی زیادہ سرخ ہے۔

اندرون مقلہ التہاب عصب باصرہ
Intra ocular optic neuritis

التہاب قرص بصری — Papillitis

قرص بصری کا تہیج — Papilloedema

اس مرضی حالت کے مریضوں کے دو گروہ ہوتے ہیں جن کی تشخیص نہایت ضروری ہے۔

(۱) عصبی التہاب تبکیہ (۲) جسمی امراض کے نتیجہ کے طور پر ان دونوں مرضی حالتوں میں تشریح مرضی مختلف ہوتی ہے، مگر ان کی منظار عینی تصویر تقریباً یکساں

ہوتی ہے، سب سے پہلے ہم ان دونوں میں مشترکہ علامات کو بیان کرتے ہیں، اس کے بعد اُن علامتوں کا ذکر کیا جائے گا جو ہر ایک کے ساتھ علیحدہ علیحدہ پائی جاتی ہیں۔

اوپر یہ ذکر کیا گیا ہے کہ قرص بصری کے رنگ سے تشخیص ممکن نہیں، ممتحن کو چاہیئے کہ معائنہ کے سلسلہ میں اپنی توجہ کو قرص بصری کے کناروں کی طرف مبذول کرے، قرص بصری کے التہاب میں اس کے کنارے کبھی صاف نہیں نظر آتے، اور ان کناروں کے اندر خرابی پہلے انفی جانب اور اس کے بعد چاروں طرف پیدا ہو جاتی ہے، چھوٹی شرائین نظر آتی ہیں، وریدیں خون سے پُر دکھائی دیتی ہیں، اور ابتدائی مدارج میں قرص بصری طبعی حالت سے زیادہ سُرخ نظر آتی ہے۔ بعد کے مدارج میں اس کے کنارے بہت زیادہ دھندلے معلوم ہوتے ہیں، اور یہ طبعی حالت سے بڑی معلوم ہوتی ہے بعض بعض مقامات پر التہابی ترشحات سے عروق ڈھک جاتے ہیں، وریدیں بہت زیادہ پُر اور پیچ دار معلوم ہوتی ہیں، اور آخری مدارج میں قرص بصری کا رنگ طبعی حالت سے ہلکا ہو جاتا ہے۔ یہاں تک کہ سفید بھی ہو سکتا ہے، اس پر شعاعی خطوط نظر آتے ہیں، اور چاروں طرف شبکیہ میں نزفی مقامات پائے جاتے ہیں، اس درجہ میں قرص بصری خاص طور پر متورم ہوتی ہے، اسی وجہ سے اُس کی اونچائی کو ہم ناپ سکتے ہیں۔

عصبی التہاب شبکیہ کی صورت میں جب قرص بصری کا التہاب بھی موجود ہو تو اس میں ورم متوسط درجہ کا (۲ یا ۳ بصریہ تک) ہوتا ہے، اور یہ اُبھار بتدریج چاروں طرف شبکیہ میں ختم ہوتا ہے، اور اس کے اندر التہابی علامات پائی جاتی ہیں، قرص طبعی حالت سے زیادہ سُرخ ہوتی ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ عروق شعریہ منبسط ہوتی ہیں مگر وریدوں میں امتلاء اور خمیدگی متوسط درجہ کی ہوتی ہے۔ جسمی امراض کے نتیجے میں جب قرص بصری کا التہاب لاحق ہو اور اوپر سے نیچے کی طرف پھیلنے والے فساد کا تتمہ ہو تو مذکورہ علامتیں اس کے اندر بھی پائی جاتی ہیں، مگر التہاب شبکیہ موجود نہیں ہوتا۔ جسمی مرض ان حالتوں میں عام طور پر التہاب سحائی ہوتا، قرص بصری کا نمایاں تہیج بہت زیادہ عام ہوتا ہے۔ چونکہ اس کے ساتھ صادق التہاب نہیں موجود ہوتا اس لئے اس کو تہیج کے نام سے موسوم کرنا زیادہ بہتر ہے، اور یہی وجہ ہے کہ ماہرین اسکو اختناق قرص بصری کے نام سے تعبیر کرتے ہیں، یہ ورم بہت زیادہ یہاں تک کہ ۸ – ۱۰ بصریہ تک ہوتا ہے، گرد و پیش کے شبکیہ سے بالکل الگ ہوتا ہے، اور شبکیہ کے اندر کسی قسم کا التہاب نہیں پایا جاتا۔ وریدیں بہت زیادہ پھولی ہوئی اور زیادہ پیچ دار ہوتی ہیں، بعض بعض مقامات پر عروق شعریہ سفید لیفی ترشحات سے چھپ جاتے ہیں۔ متورم قرص پر

عموماً نزفی مقامات بھی ملتے ہیں، زیادہ تر ایسی آنکھوں میں مرض کی دونوں قسموں میں منظار عینی تصویر یکساں ہوتی ہے، اسی لئے ان کو ایک دوسرے سے تمیز کرنا بہت مشکل ہے۔

ممکن ہے کہ عصبی التہاب شبکیہ کی حالت میں ورم خاص کر بہت زیادہ ہو اور جمی مرض کی حالت میں گردہ کی وجہ سے پیدا ہونے والے عصبی التہاب شبکیہ سے اس کی تصویر مشابہ ہو، یہ بھی ممکن ہے کہ بقعہ صفراوی پر ستارہ نما شکل بھی پائی جاتی ہو، بالخصوص بچوں میں مگر ان صورتوں میں ستارہ نما شکل مکمل نہیں ہوتی، بلکہ عام طور پر ایک پنکھے کی شکل سے مشابہ نظر آتی ہے، جس کا رُخ قرص بصری کی طرف ہوتا ہے، یہ حالت صرف مرض کی شدید حالت میں پیدا ہوتی ہے، اور اسی وجہ سے عموماً مخچی سلعات میں پائی جاتی ہے، اگر کھوپری کے اندر عمل ثقب کے ذریعہ سلعہ کے دباؤ کو کم کر دیا جائے تو یہ حالت غائب بھی ہو جاتی ہے، اور اس کے بعد بقعہ صفراوی طبعی حالت میں دکھائی دیتا ہے۔

بعض اوقات التہاب قرص بصری کی علامات غیر متیقن ہوتی ہیں، مرکزی بصارت ممکن ہے کہ بالکل طبعی حالت میں ہو ایسی صورت میں دونوں آنکھوں کے حدقہ عین طبعی حالت میں ہونگے اور اُن کا انعکاس و حجم بھی طبعی ہوگا۔ درد سر کے مریضوں میں اُن کے تعرعینی کا معائنہ نہایت ضروری ہے ممکن ہے کہ میدان بصر سکڑا ہوا ہو، عارضی طور پر تھوڑی دیر کے لئے بصارت کا مدھم یا غیر صاف ہو جانا جس کی مدت چند منٹ سے ایک گھنٹہ تک ہو قرص بصری کے ہیج کے ابتدائی مدارج میں ہوا کرتا ہے، ممکن ہے کہ بصارت کی تیزی جزئی طور پر درست رہے مگر عموماً یہ کم ہو جایا کرتی ہے، اور کامل اندھاپن بھی پیدا ہو سکتا ہے، آخری مدارج میں حدقہ عین منبسط اور بے حرکت ہوتا ہے، مرض کی کم شدید حالت میں یا درمیانی مدارج میں مرکزی بصارت میں نقص لاحق ہوتا ہے۔ میدان بصر ہم مرکز دائرہ کی صورت میں سکڑتا ہے، سرخ اور سبز رنگ کے واسطے نسبتی عتمہ جات پائے جاتے ہیں، جمی مرض کے مطابق میدان بصر کا نصف قطر بے بصارت ہوتا ہے، یا اس کے اندر دوسرے نقائص پائے جاتے ہیں، اگر بصارت بہت زیادہ ضائع ہو جائے اور قرص کا ہیج نہ موجود ہو تو اس صورت میں اس کا سبب بطن ثالث کے بہت زیادہ پھیلاؤ کی وجہ سے تقاطع بصری پر اور اس کے ساتھ طریق بصری پر دباؤ ہی کی بنا پر بصارت کم ہو جاتی ہے، یہ عجیب بات ہے کہ صدغی سفینی سلعات کی صورت میں بصارت کم زائل ہوتی ہے۔ دوسری جگہ کے سلعات سے زائد بقعہ صفراوی کے اندر پنکھے نما شکل پیدا ہونے کے باوجود ممکن ہے کہ بصارت طبعی ہو۔

مخی سلعات کے ساتھ دوسری علامات سے پہلے غیر صاف بصارت کے حملہ کی صورت میں علامات مندرجہ کا ظہور ہوتا ہے جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ موخر مخی نصیصات کے اندر دوران خون میں رکاوٹ ہوتی ہے۔ احساسی علامتیں مثلاً رنگین روشنی کا نظر آنا شاذونادر ہی مریضوں میں پائی جاتی ہیں ۔

عصبی التہاب شبکیہ یا حجمی مرض ان دونوں حالتوں میں دونوں آنکھیں ماؤف ہوتی ہیں مگر مرض دونوں میں ایک ہی درجہ کا نہیں ہوتا جیسے سلعات اور کان کے وسطی حصہ کے صدیدی امراض میں ماؤف جانب ورم زیادہ ہوتا ہے، قرص بصری کے تہیج کے حملہ کے وقت کا خیال رکھنا ورم کی زیادتی یا کمی کے خیال سے زیادہ ضروری ہے، اور اس سے زیادہ مددملتی ہے، جس طرف پہلے پہل یہ تہیج نمودار ہو سمجھنا چاہئے کہ مرض اوسی طرف ہے، لیکن اس کے باوجود ممکن ہے کہ ابتدائی طور پر ماؤف ہونے والی جانب میں ورم لاحق ہو مگر ضموری حالت کی وجہ سے ورم میں کسی قدر کمی ہوجائے۔

اگر ایک آنکھ کی قرص بصری میں تہیج اور دوسری میں ثانوی ضمور عصب بصری لاحق ہو تو اس کا مطلب یہ ہے کہ مقابل جانب کے فص شامہ، یا فص جبہی کی مجری سطح پر یا غدہ نخامیہ میں سلعہ موجود ہے ،

ایک طرف عصب بصری کا التہاب قرص بصری کے تہیج کے ابتدائی مدارج میں حجمی اسباب اور مجری امراض مثلاً سلعات عصب باصرہ یا مجری سلعات کی وجہ سے ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں مجری التہاب منتشرہ، عصب باصرہ کے غلاف میں نزف الدم ہونے سے بھی لاحق ہوسکتا ہے ،

یہ مرض مزمن صورت اختیار کئے رہتا ہے اور انذار مرض اس کا خراب ہوتا ہے، بعض اوقات آتشکی امراض کی صورت میں مناسب علاج سے فائدہ پہونچتا ہے اور بصارت درست ہوجاتی ہے، اگر جمجمہ کے اندر سلعہ کے بڑھنے کی وجہ سے دباؤ ہو اور عمل جرحی کے ذریعہ اس دباؤ کو کم کر دیا جائے تو بھی آرام و سکون ممکن ہے، ایسا کرنے سے دردسر قے اور بیہوشی میں افاقہ ہوجاتا ہے، اور اگر اعصاب بالکل ضائع نہ ہو چکے ہوں تو بینائی بھی بہتر ہوجاتی ہے۔ نیز قرص بصری کا ورم جلد تحلیل ہوجاتا ہے، شاذ ہی قرص بصری طبعی حالت میں لوٹتی ہے، مگر عموماً اعصاب برباد ہوجاتے ہیں، جس کی وجہ سے التہاب کے بعد ضمور لاحق ہوجاتا ہے اور مریض اندھا ہوجایا کرتا ہے، اس مرض کا اعادہ یعنی قرص بصری کا تہیج دوبارہ لاحق ہونا شاذونادر ہوتا ہے، تاہم دیکھنے میں آتا ہے۔

تشخیص - شدید حالتوں میں آسان ہے مگر خفیف حالت میں مشکل ہوتی ہے، اگر دونوں قرص بصری کا رنگ

بہت زیادہ مختلف ہو تو گویا کہ تشخیص ہو گئی، مگر معمولی فرق کی صورت میں کسی نتیجہ کا اخذ کرنا صحیح نہ ہو گا۔ جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے قرص بصری کے کناروں کی طرف توجہ کریں اور غور سے ان کا معائنہ کیا جائے، اگر محدب عدسہ کو استعمال کرنے سے کنارے صاف نظر آویں تو عصبی التہاب نہیں ہے۔ مگر اس کے برعکس بھی نہ سمجھنا چاہئے یعنی ایسا نہیں ہے کہ اگر کنارے صاف نہ ہوں تو عصبی التہاب موجود ہے سداد بصر کی وجہ سے بھی کنارے غیر صاف نظر آتے ہیں، علیٰ ہذا القیاس قرص بصری کے کاذب التہاب میں جبکہ طول بصر لاحق ہو تو اس کی حالت خفیف عصبی التہاب سے مشابہ نظر آتی ہے، ایسی حالت میں قرص بصری کے ورم کی طرف توجہ کرنا چاہئے۔

نزف الدم یا انصباب کی صورت میں اس وقت تک قرص بصری کا التہاب نہ سمجھ لینا چاہئے جب تک کہ ورم ۲ بصریہ کا موجود نہ ہو بعض اوقات زیادہ عرصہ تک مریض کو اپنے سامنے رکھنے اور وقتاً فوقتاً اس کا معائنہ کرنے کی اُس وقت تک ضرورت ہوتی ہے جب تک کہ اس کی تشخیص مکمل نہ ہو جائے۔ قرص بصری کے ہیج کے دوران میں مندرجہ ذیل باتیں پائی جاتی ہیں۔

(۱) قرص بصری کی سُرخی بڑھ جاتی ہے اسی کے ساتھ اس کا انفی کنارہ مدھم ہو جاتا ہے، مگر ہنوز صدغی کنارہ صاف ہوتا ہے یہ پہلا درجہ کہلاتا ہے۔

(۲) ورم میں زیادتی ہوتی ہے، عضوی گڑھا کا بھراؤ شروع ہوتا ہے، قرص کا صدغی کنارہ بھی ماؤف ہو کر مدھم پڑ جاتا ہے، چاروں طرف کے شبکیہ میں ورم کی زیادتی شروع ہوتی ہے اور شبکیہ کی وریدیں بے قاعدہ طور پر پُر نظر آتی ہیں، طبعی حالت سے زیادہ سیاہ دکھائی دیتی ہیں، یہ دوسرا درجہ ہے۔

(۳) ہیج بہت زیادہ بڑھ جاتا ہے، قرص نمایاں طور پر اٹھی ہوئی اور بڑی نظر آتی ہے، منہیج النسجہ میں عروق لکیروں کے مانند نظر آتے ہیں، متورم شبکیہ کا ہیج بھی لکیروں کی صورت اختیار کرتا ہے، بالخصوص یہ حالت بقعۂ صفراوی اور قرص بصری کے درمیان پائی جاتی ہے، شبکیہ کی وریدیں نمایاں طور پر پُر نظر آتی ہیں، اسی کے ساتھ شبکیہ میں جابجا نزفی مقامات پائے جاتے ہیں، یہ تیسرا درجہ ہے۔

(۴) قرص بصری نمایاں طور پر اٹھی ہوئی معلوم ہوتی ہے، اس کی شکل مٹی کے ڈھیر سے مشابہ ہوتی ہے، سُرخی اور ہیج غائب ہونا شروع ہو جاتا ہے اور یہ غیر شفاف ہو جاتی ہے، متورم قرص کے اندر اور اوپر انصباب ہوتا ہے،

زنی مقامات حجم اور تعداد میں بڑھ جاتے ہیں، یہ مرض کا چوتھا درجہ ہے۔

(۵) ہتہیج قرص کے اندر عروق کم ہونا شروع ہو جاتے ہیں، رنگ ہلکا پڑجاتا ہے، اُبھار کم ہو جاتا ہے اور بعض اوقات کم نہیں بھی ہوتا بظاہر شبکیہ کی شرائین منقبض معلوم ہوتی ہیں ان کے گرد کے لمفاوی غلاف دبیز ہو جاتے ہیں، شبکیہ کے اندر فسادی تغیرات کے نشانات ملتے ہیں، خاص کر یہ نشانات بقعہ صفراوی کے مقام پر پائے جاتے ہیں، یہ مرض کا پانچواں درجہ ہے جو کہ آخری چھٹے درجہ میں منتقل ہو جاتا ہے جس کو ضمور قرص بصری (Papillitic atrophy) کہنا مناسب ہے۔

اسباب۔ اس کے دو سبب ہیں ایک عصبی التہاب شبکیہ اور دوسرا، امراض جمجمی۔

(۱) جمجمی امراض اس کا بہت ہی عام سبب ہیں، یہاں تک کہ ۸۰ فی صدی آنکھوں میں ان ہی کی وجہ سے یہ مرض لاحق ہوتا ہے، کسی قسم کا جمجمی سلعہ جو کہ کسی مقام پر ہو قرص بصری کا ہتہیج پیدا کر سکتا ہے مگر موخر دماغ (Medulla oblongata) کے سلعات اس سے مستثنیٰ ہیں، زیادہ تر جو سلعات اس کو پیدا کرتے ہیں وہ وسط دماغ کے ہوتے ہیں، مخیخی اور جانبی موخری سلعات بھی اس کا باعث بنتے ہیں،

قرص بصری کے ہتہیج کو سلعہ کی قسم اور اس کے حجم سے کوئی نسبت نہیں ہوتی، سلعہ کا حجم صرف دباؤ کے لحاظ سے زیادہ اہم ہوتا ہے کیونکہ سلعہ حجم میں جسقدر زیادہ بڑا ہوگا اسی قدر زیادہ دباؤ بڑھے گا،

بعض ماہرین نے بیان کیا ہے کہ قصر بصر والی آنکھوں میں ہتہیج قرص بصری کم لاحق ہوتا ہے مگر ہمارے خیال میں یہ قول غلط ہے۔

(۲) دوسرا سبب التہاب سحائی ہے، جو ہتہیج قرص بصری پیدا کر سکتا ہے، جوف کھفی میں خون کا انجماد، انورسما، استسقاء جمجمی وغیرہ بھی اس کو پیدا کر سکتے ہیں۔ جراثیمی سمیت کا انجذاب، اس کے علاوہ تسمم الدم بھی اس کا بڑا سبب ہے،

مرض آتشک بھی مقامی التہاب سحائی کے مانند اس کے پیدا کرنے کا سبب ہو سکتا ہے، اور اندرون جمجمہ اورام صمغی بھی یہ حالت پیدا کر سکتے ہیں، اور یہی عام سبب ہوتے ہیں، قرص بصری کے التہاب کا باعث حاد جمیاتی امراض بھی ہو سکتے ہیں مگر استثنائی صورتوں میں یکایک خون کے ضائع ہونے سے لاحق ہونے والا حاد فقر الدم بھی اس کا

باعث ہو سکتا ہے، بعض سمیات مثلاً سیسہ اور دوسرے اجزا جو خلف مقلی ضعف بصارت پیدا کرتے ہیں، ان کی وجہ سے بھی بعض اوقات یہ مرض لاحق ہوتا ہے، مرض انحصر میں اسکو لاحق ہوتے ہوئے اکثر اوقات ماہرین نے دیکھا ہے بعض ماہرین نے احتباس طمث کو بھی اس کا سبب بیان کیا ہے مگر ہمارا خیال ہے کہ یہ اسباب مشکوک ہیں، کیونکہ ان میں سے بعض اسباب اس کا سبب پہلے خیال کئے گئے لیکن بعد میں دوسرے شدید قسم کے امراض اس کا باعث نکلے، اسی طرح ممکن ہے کہ بعض حالتوں میں تشخیص کرنے والوں نے غلطی سے یہ مرض قرار دیا ہو - اور موجودہ حالت کا ذب التہاب عصبی کی رہی ہو- اگر سائل مخی شوکی مسلسل ناک کے راستہ خارج ہوتا رہے تو ایسی حالت میں بھی عصب بصری کا خفیف التہاب ملتا ہے-

جمجمی بدوضعیاں، حدۃ الراس (Oxycephaly) اندرونی مجری سلعات، نخر العظام، التہاب غشاء العظم، وغیرہ اور عصب باصرہ کے سلعات کا اثر بلا واسطہ قرص بصری پر ہوتا ہے-

تشریح مرضی- عصبی التہاب شبکیہ میں قرص بصری کا صادق التہاب پایا جاتا ہے، اور ہیج کو اس میں اہمیت ہوتی ہے کیونکہ طبقہ مصفویہ کے مقام پر وریدوں میں خون کی نکاسی میں رکاوٹ پیش آتی ہے- انتفاخ قرص بصری کے زیادہ تر مریضوں میں اس کا سبب پہلے صرف سادہ تہیج ہوتا ہے، جس کے ساتھ التہاب بالکل نہیں پایا جاتا بعد کے مدارج میں ممکن ہے کہ کچھ التہابی ردعمل بھی پیدا ہو جائے، مثلاً کریات بیضاء وغیرہ کا انصباب جس کی وجہ نکروز والی نسیجوں کی خراش ہوتی ہے، تہیج پہلے طبقہ مصفویہ میں ظاہر ہوتا ہے اور اسی کے ساتھ عصب کے محیطی سرے بھی متہیج ہو جاتے ہیں، اس کے بعد طبعی قعر بھر جاتا ہے اور اندر کی طرف محدود کرنے والی غشاء اپنی جگہ سے اٹھ جاتی ہے- بقعہ صفراوی میں عصبی لیفی پرت کے اندر تہیج کی وجہ سے پنکھا نما شکل پیدا ہو جاتی ہے اور اندر کی طرف محدود کرنے والی غشاء کے چینٹوں کی صورت میں اُٹھنے سے بھی ایسا ہوا کرتا ہے، باہر والے شبکی پرت میں بھی تہیج لاحق ہو سکتا ہے مگر اس کے اندر بڑے بڑے کیسی جوف نہیں ہوتے، جیسا کہ زلالی التہاب شبکیہ میں ہوا کرتے ہیں،

کبھی ام جافیہ کے نیچے تہیج ہوتا ہے مگر اس مقام سے دور جہاں پر کہ شریان مرکزی داخل ہوتی ہے، اور اس مقام سے اس طرف عصب طبعی حالت میں ہوتا ہے- یہ عجیب بات ہے کہ مرکزی شریان جس مقام پر تحت الجافی اور تحت العنکبوتی جوفوں میں سے گذرتی ہے، وہاں پر یہ بالکل پچکی ہوئی ہوتی ہے یعنی اس کے اندر جوف بہت کم ہوتا

ہے۔ بعض اوقات مقلہ کے پیچھے تحت العنکبوتی جوف بہت زیادہ انتفاخی حالت میں پایا جاتا ہے عصبی الیاف پھول جاتے ہیں اور دوامہ صورت اختیار کرلیتے ہیں، اس کے بعد ان میں فسادی تغیرات شروع ہو جاتے ہیں۔ مگر یہ طبقہ مصفویہ کے پیچھے نہیں نظر آتے عصبی نسیج داصل میں تکاثر ہوتا ہے اور عروق کے گرد جنینی وسطی طبقہ سے حاصل شدہ انسجہ دبیز ہو جاتے ہیں۔ حجمی امراض کی بعض صورتوں میں بالخصوص جبکہ التہاب سحائی ہو تو اوپر سے نیچے کو آتا ہوا التہاب عصبی پایا جاتا ہے، جس کے ساتھ عصب باصرہ کا صادق التہاب بھی مشارکت کرتا ہے۔

— حجمی امراض میں تہیج پیدا کرنے والے وجوہ ہنوز فیصلہ طلب ہیں، مگر اس میں کوئی شک نہیں ہے کہ ایسی حالتوں میں حجمی ضغطہ کا بڑھ جانا نمایاں علامت ہے۔ اور اسی بڑھے ہوئے حجمی ضغطہ کی وجہ سے تہیج پیدا ہوتا ہے، اس کی تصدیق اس امر سے بھی ہوتی ہے کہ دباؤ کے کم ہو جانے پر جیسا کہ کھوپڑی میں عمل جرحی کے ذریعہ سوراخ کر دینے پر ہوتا ہے، قرص بصری کا تہیج غائب ہو جاتا ہے۔ اگر غدہ نخامیہ کے سلعہ کے دباؤ کی وجہ سے دماغ کے ایک طرف کے جوف مبلی کا تعلق دوسری طرف سے منقطع ہو جائے تو اس طرف کی آنکھ میں یہ تہیج نہیں پیدا ہوتا۔ مگر جزئی یا کلی ثانوی ضمور عصب بصری میں لاحق ہوتا ہے۔

مختلف ماہرین نے اب تک قرص بصری کے تہیج کے متعلق ذیل کے نظریات بیان کئے ہیں۔

(۱) یہ تہیج محض التہاب کا نتیجہ ہوتا ہے۔ مگر خوردبینی معائنہ سے شہادت اس کے خلاف حاصل ہوتی ہے۔

(۲) عروقی اعصاب کے اندر تغیرات کا ظہور اس کا سبب ہوتا ہے، اس نظریہ کی موافقت میں ہمارے پاس کوئی شہادت نہیں ہے۔

(۳) شریانی فقرالدم اس کا سبب ہوتا ہے۔ جس کی وجہ سے قرص بصری کے اندر مختلف اجزاء کے انجذاب میں تبدیلی واقع ہوتی ہے۔

(۴) لمفادی دوران کے بند ہونے سے یہ حالت پیدا ہوتی ہے، اندرونی جوف مبلی کے ذریعہ یہ لمفادی رطوبت واپس نہیں جاسکتی۔

(۵) طبقہ مصفویہ کے اندر سے سائل مخی شوکی دباؤ کے ماتحت عصب بصری کے اندر آجاتا ہے۔

(۶) عروق کے اوپر دباؤ کا ہونا اور مقامی احتقان کا پایا جانا خواہ یہ طبقہ مصفویہ میں ہو یا جوف مبلی کے اندر

ہمارے خیال میں اس تہیج کی وجہ غالباً یہ ہے کہ مرکزی عروق جب صلبی جوف سے گذرتے ہیں تو ان پر دباؤ پڑتا ہو جس کی وجہ سے وریدیں پچک جاتی ہیں۔ اور شرایان کی دیواریں چونکہ موٹی ہوتی ہیں اس لئے خون ان کے اندر تو آتا ہے مگر باہر نکلنے میں رکاوٹ ہوتی ہے، اسی وجہ سے تہیج رونما ہوجاتا ہے۔

علاج۔ عصب باصرہ کے التہاب میں سبب کا علاج کرنا چاہئے، مقامی علاج سے کوئی فائدہ نہیں مگر مقامی طور پر ازالہ تکالیف کی تمام تدابیر اختیار کی جائیں مثلاً تیز روشنی سے آنکھوں کو بچائیں، بصارت کے ضائع ہونے سے پہلے جمجی دباؤ کو کم کریں، اسی کے ساتھ سلعہ کو عمل جرحی کے ذریعہ نکال دیں۔

اگر مقامی علامات نمایاں اور واضح ہوں تو سلعہ کے محاذ میں جمجمہ میں سوراخ کردیں، اور اگر علامات واضح اور متیقن نہ ہوں اور دباؤ کی وجہ سے دماغ کا کوئی خاص حصہ ماؤف ہوجائے نیز اس کی علامتیں ظاہر ہوں تو ایک چھوٹا سوراخ جناح المخیخ کے اوپر یا نیچے جیسا موقع ہو بنایا جائے۔ ایسا کرنے سے دماغ کے اندر دباؤ اور تہیج دماغی بھی کم ہوجائیگا مقامی علامتیں ظاہر ہوجائیں گی اور آئندہ مدارج میں اخراج سلعہ کے لئے مناسب اپریشن ممکن ہوجائیگا۔ دماغ کے اندر آتے ہوئے عصب خامس پر اگر کہیں دباؤ پڑے تو عضلات مستقیمہ وحشیہ کا استرخار لاحق ہوتا ہے۔

اگر دماغی دباؤ کو جلد کم کردیا جائے تو بصارت کا باقی رہ جانا ممکن ہے۔ دباؤ کے زائل کردینے کے بعد بصارت بہت جلد ترقی کرتی ہے، مگر اسی وقت جبکہ جمجی دباؤ بالکلیہ رفع ہوجائے، اس کو رفع کرنے کے لئے صرف جمجمہ کا کھولنا ہی کافی نہیں ہوتا۔ بلکہ ام جافیہ میں بھی شگاف دینے کی ضرورت ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ تہیج کے زائل ہونے کے مقابلہ میں بصارت زیادہ واپس آئے، جس کی وجہ یہ ہے کہ قرص بصری میں تصلب اور تکاثر پیدا ہوچکتا ہے، اگر مذکورہ اپریشن ورم کے زیادہ ہوجانے تک نہ کیا جائے، اور انصباب بڑھ جائے نیز بصارت نمایاں طریقہ پر خراب ہوجائے، بالخصوص جبکہ تہیج اور ضمور کی علامات نمایاں ہونے لگیں تو بصارت کے اور زیادہ کم ہوجانے کا احتمال رہتا ہے، اپریشن کے بعد قرص بصری کا تہیج بہت جلد غائب ہوجاتا ہے۔ ایک یا دو ہفتہ میں تبدیلی نمایاں ہوتی ہے، مختلف مریضوں میں یہ مدت کم و بیش ہوتی ہے، اگر دماغی خراج پیدا ہوجائے تو اپریشن کے بعد عارضی طور پر التہاب قرص بصری اور ورم زیادہ ہوجاتا ہے مگر اس سے انذار مرض میں کسی نقصان کا اندیشہ نہیں ہوتا۔

خلف المقلہ التہاب عصب باصرہ۔ (Retrobulbar neuritis) عصب باصرہ کا

مجری حصّہ ملتہب ہو سکتا ہے اور یہ التہاب گرد و پیش کی ساختوں سے بڑھ کر عصب باصرہ میں پیدا ہوتا ہے۔ اس التہاب کی ایک حالت حاد یا عرضی ہوتی ہے، اور دوسری مزمن جس کے کسی سبب کا پتہ نہیں چلتا۔ مؤخر الذکر حالت کو ہم اس سے قبل "سمی ضعف بصر" کے نام سے موسوم کر چکے ہیں، اور یہ بھی بتا چکے ہیں کہ اس کا سبب تبکیہ کا ابتدائی مرض ہوتا ہے۔

عصب باصرہ کا حاد التہاب عموماً ایک آنکھ میں ہوتا ہے، مریض کی بصارت یکایک خراب ہو جاتی ہے، بصارت کی خرابی ابتدائی ۸ دن میں زیادہ ہوتی رہتی ہے۔ آنکھ کو حرکت دینے پر بعض اوقات درد بھی ہوتا ہے۔ اگر مقلہ عین کو دبایا جائے تو درد بڑھ جاتا ہے، اس کے ساتھ وجع عصبی اور درد سر ہوتا ہے۔ منظار عین سے معائنہ کرنے پر ممکن ہے کہ قعر عینی طبعی حالت میں دکھائی دے، اسی وجہ سے بعض اوقات اس حالت کا صحیح اندازہ مشکل ہوتا ہے۔ اور معالجین اس ضعف بصارت کی وجہ سے اختناق الرحم (ہسٹیریا) کو تجویز کرتے ہیں۔ مگر جب امتحان باقاعدہ اور غور کے ساتھ کیا جائے تو تشخیص میں غلطی کا امکان رفع ہو جاتا ہے۔ صحیح تشخیص حدقہ عین اور میدان بصر کے معائنہ پر منحصر ہوتی ہے، مریض سے پوچھنا چاہئے کہ کبھی اس کو حول تو لاحق نہیں تھا۔

شروع شروع میں سرسری طور پر دیکھنے سے حدقہ عین کا ردعمل (بلا واسطہ اور نوری انعکاس دونوں طریقہ پر) طبعی معلوم ہوگا۔ اسی طرح توفیقی انعکاس بھی طبعی معلوم ہوتا ہے۔ مگر غور کرنے پر پتہ چلتا ہے کہ ماؤف جانب کی آنکھ کا حدقہ عین نوری انعکاس میں سکڑتا ہے۔ لیکن جب تیز روشنی آنکھ پر ڈالی جائے تو یہ انقباض قائم نہیں رہتا۔ یعنی منقبض ہونے کے بجائے آہستہ آہستہ حدقہ عین پھیل جاتا ہے۔ بشرطیکہ روشنی آنکھ پر پڑتی رہے، اگر یہ ردعمل خوب واضح ہو تو تشخیص کے لئے نہایت اہم ہے۔ میدان بصر کے معائنہ کرنے پر مرکز میں عتمہ پایا جاتا ہے، ممکن ہے کہ یہ بالکل ہی بے بصارت ہو یا صرف رنگوں کے لئے اس میں نسبتی اندھاپن موجود ہو۔ عتمہ ہمیشہ مرکزی نہیں ہوتا۔ بلکہ مرکز کے کنارے پر بھی ہوتا ہے اور مثلثی قطع یا حلقہ کی صورت اختیار کر سکتا ہے۔ محیطی بصارت بھی خراب ہوتی ہے، مکمل اندھاپن بھی پایا جا سکتا ہے۔

بعد کے مدارج یا شدت مرض کی حالت میں منظار عین والی علامات بھی رونما ہو جاتی ہیں، وریدیں پھول جاتی ہیں اور شریانوں کا حجم کم ہو جاتا ہے۔ قرص بصری کا التہاب بھی موجود ہوتا ہے۔ یہ التہاب اوسط درجہ کا ہلکے قسم کا ہوتا ہے، اگر مقلہ عین کے پیچھے ہی عصب باصرہ ماؤف ہو تو ان کا پایا جانا زیادہ ممکن ہے۔ ان ابتدائی علامات کے

...ا تھیا ان کے بغیر بھی عصب باصرہ کا ضمور شروع ہو جاتا ہے۔ اگر خلف مقلہ التہاب اسقدر ہو کہ عصبی الیاف تباہ ہو جائیں ...فسادی تغیرات نہ صرف دماغ کی طرف بڑھتے ہیں بلکہ آنکھ کی طرف بھی تجاوز کرتے ہیں خفیف حالتوں میں صدغی جانب ...رص بصری کا رنگ بہت ہلکا ہو جاتا ہے جس کا تعلق ان الیاف کے فساد سے ہے جو قرص بصری سے بقعہ صفراوی کو ...جاتے ہیں،

تجربہ سے یہ پتہ چلتا ہے کہ بقعہ صفراوی کے اندر عقدی عصبی خلیات بہ نسبت اُن خلیات عقدیہ کے جو شبکیہ ...کے اندر ہوتے ہیں۔ سمی اجزاء سے جلد متاثر ہوتے ہیں، یہ حالت اُن الیاف کی غشارے متعلق ہے جو کہ قرص بقعی باط ...کے اندر پائے جاتے ہیں، اور جہاں کہیں ان پر سمیت کا اثر ہوتا ہے یہ قبول کر لیتے ہیں۔ اسی لئے خلف المقلہ التہاب ...حادق اور سمی ضعف بصر کی علامات یکساں نظر آتی ہیں۔

خلف المقلہ حاد التہاب عصب باصرہ کے اسباب مقامی اور عمومی دونوں قسم کے ہوتے ہیں، مقامی اسباب ...میں ورم غشار العظم یا التہاب جوف سفینی یا جوف مصفاتی سے بڑھ کر اس کے اندر پیدا ہو سکتا ہے، اس کے علاوہ ...ناک کے اندر اگر عوارض موجود ہوں تو اُن کا بھی خیال رکھیں۔

عصب باصرہ یا مجر کے اندر نزف الدم اور قاعدہ جمجمی کا کسر جس میں ثقبہ بصری بھی شامل ہو ان سب حالتوں میں ...حاد التہاب کی حالت پائی جا سکتی ہے، غدہ نخامیہ کے بڑا ہونے یا اس کے اندر سلعہ پیدا ہو جانے سے تقاطع بصری پر ...دباؤ پڑتا ہے، اسی طرح دماغ کے جبہی فص کے اندر سلعہ پیدا ہونے سے جبکہ وہ ایک ہی طرف کو ہو تو ابتدائی مدارج ...میں خلف المقلہ التہاب عصب باصرہ کی ایسی علامتیں پیدا ہوتی ہیں۔

عمومی امراض جو کہ خلف المقلہ التہاب عصب باصرہ پیدا کرتے ہیں۔ ان میں جزائری تصلب دماغی و نخاعی بہت ممتاز حیثیت رکھتا ہے۔ ایسی صورت میں التہاب عصب باصرہ سب سے پہلے رونما ہوتا ہے۔ مذکورہ بالا امور کے ...علاوہ مندرجہ ذیل اسباب بھی اس کو پیدا کرتے ہیں۔ وجع مفاصل۔ سردی لگنا، ذیابطیس، متعدی امراض، جسم کے ...اندر عفنی مراکز کی موجودگی، مثلاً التہاب لثہ، امعاء کے اندر کے عفنی مراکز وغیرہ۔

موخر الذکر حالت میں اعادہ مرض بار بار ہوتا ہے۔ دونوں آنکھیں ایک ساتھ ماؤف ہو سکتی ہیں اور یکے بعد ...دیگرے بھی، اس سے قبل جانب مقابل میں یا اسی جانب عصب وجہی کا محیطی استرخاء لاحق ہوتا ہے، انذار مرض کا

انحصار سبب پر ہوتا ہے۔ نیز اس امر کو بھی دخل ہے کہ ہم اس کا مقابلہ کرنے کے قابل ہیں یا نہیں۔ مگر عام طور پر اندا مرض اچھا ہوتا ہے۔ بے شمار جزائری تصلب دماغی کی صورت میں اگر عصب ماؤف ہو تو کامل اندھاپن شاذونادر ہی پیدا ہوتا ہے۔

علاج۔ اسباب کو معلوم کر کے اس کا ازالہ کریں، منہ اور ناک کے اندر اگر عفنی مرکز ہو تو اس کا تدارک ضروری ہے، تیز روشنی سے آنکھ کو بچایا جائے۔ کام کاج مریض سے ترک کرا دیں۔ آنکھ میں ایٹروپین ڈالی جائے، اگر سبب کا صحیح پتہ نہ چلے تو سیمابی مرکبات ایوڈائیڈ، سیلی سلیٹ، کے مرکبات، پسینہ لانے والی دوائیں اور محرکات استعمال کرائیں۔ تمباکو نوشی بند کر دی جائے، ذیابیطس کی صورت میں مناسب غذا دیں اور انسولین کی تلقیح کی جائے۔

موروثی التہاب عصب باصرہ۔ موروثی ضمور عصب باصرہ بھی اسی کو کہتے ہیں، یہ خلقت المقلہ التہاب عصب باصرہ کی ایک قسم ہے، جو کہ ۲۰ سال کی عمر میں شروع ہوتی ہے، اس مرض کا ورثہ ماں کی طرف سے حاصل ہوتا ہے۔ عام طور پر اس میں لڑکے مبتلا ہوتے ہیں شاذونادر لڑکیاں بھی مبتلا دیکھی گئی ہیں۔

ابتداء میں بصارت بہت جلد جلد خراب ہوتی ہے، اس کے بعد آہستہ آہستہ اور پھر بصارت قائم ہو جاتی ہے یا بتدریج بہتر ہو جایا کرتی ہے، ہمیشہ دونوں آنکھیں ماؤف ہوا کرتی ہیں۔ ممکن ہے کہ آفت پہلے ایک آنکھ میں اور پھر دوسری میں بھی لاحق ہو جائے۔ دوسری آنکھ پہلی آنکھ کے ماؤف ہونے کے بعد ایک ہفتہ سے ۸ ماہ کے عرصہ تک ماؤف ہوتی ہے۔ ½ مریضوں میں مرکزی عتمہ ملتا ہے، جس میں جزئی طور پر رنگوں کے لئے بالخصوص سفید رنگ کے لئے اندھاپن پایا جاتا ہے محیطی میدان بصر عموماً طبعی حالت میں ہوتا ہے، مگر دائرہ نما سکڑ سکتا ہے، اس کے اندر ہلالی قطعات کی صورت میں نقائص مل سکتے ہیں، ممکن ہے کہ مستقل طور پر مریض بالکل ہی رنگ کی تمیز نہ کر سکے، دوران مرض میں ایک خاندان کے مریضوں میں یکساں خصوصیات پائی جاتی ہیں۔ شروع میں قعرعینی طبعی حالت میں ہوتا ہے یا قرص بصری کے کنارے کسی قدر مدہم نظر آتے ہیں، بعد کے مدارج میں مہینوں کے بعد عصب باصرہ کا ضمور رونما ہوتا ہے، جس کے ساتھ صدغی جانب کا رنگ قرص بصری کا ہلکا پڑ جاتا ہے، اور کبھی تمام قرص اس کا شکار ہوتی ہے، درد سر (شقیقہ) کے علاوہ مریض کی عام صحت اچھی ہوتی ہے، بعض ماہرین کا خیال ہے کہ اس مرض کا سبب غدہ نخامیہ کے اندر کے عارضی تغیرات ہیں۔ کیونکہ ان کے ماتحت تقاطع بصری پر دباؤ پڑتا ہے۔ اور ساتھ ہی اس کے مریض کی تناسلی

زندگی میں بھی تغیرات پیدا ہوجاتے ہیں۔ اگر یہ نظریہ درست ہے تو اس کا علاج غدہ درقیہ اور نخامیہ کا خلاصہ کھلانے سے بہتر ہوگا۔

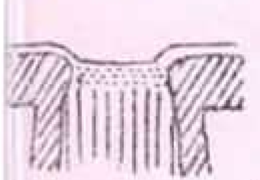
عصب باصرہ کا ضمور - اس نام کے ساتھ قرص بصری کی اُس حالت کو موسوم کرتے ہیں جس میں کہ عصب باصرہ کے اندر تغیرات پیدا ہوجاتے ہیں۔ ہم پہلے بیان کرچکے ہیں کہ اگر عصب کو ضربانی یا سمی کسی قسم کا کوئی نقصان پہونچے جس سے کہ عصبی الیاف تباہ ہوجائیں اور یہ ماؤف مقام شبکیہ سے لیکر بیرونی جسم متعقد کے درمیان کہیں بھی واقع ہو تو عصبی الیاف کے اندر فسادی تغیرات دماغ اور شبکیہ دونوں طرف پیدا ہوتے ہیں۔ اصولاً صرف اُن الیاف کا فسادی تغیر رونما ہونا چاہئے جو کہ دماغ کی طرف جارہے ہوں، کیونکہ حسی الیاف کا عموماً یہی وتیرہ ہوتا ہے، مگر یہ الیاف اس اصول سے مستثنیٰ ہیں، عام شبکی امراض میں جبکہ عصبی عقدی خلیات تباہ ہوجاتے ہیں تو ضمور عصب باصرہ لاحق ہوتا ہے، جیسا کہ التہاب شبکیہ مونہ وغیرہ میں ہوتا ہے۔

مجریٰ کے اندر عصب کے تباہ ہوجانے پر بھی یہی حالت پیدا ہوتی ہے۔ بشرطیکہ نقبہ بصری پر عصب باصرہ کھمچی کسر کی وجہ سے ٹوٹ جائے یا شدید خلف مقلی التہاب لاحق ہو۔ ممکن ہے کہ قرص بصری پر الیاف کا تسلسل منقطع ہوجائے، اور یہ التہاب قرص بصری، التہاب قرصی عصبی یا ہیج قرص بصری کا نتیجہ ہو۔ کیونکہ ان وجوہ سے الیاف اسقدر بھنچ جاتے ہیں کہ اُن کا تسلسل جاتا رہتا ہے۔ چونکہ ان مرضی حالات میں خاص باتیں پائی جاتی ہیں اس لئے ان کو ضمور بعد التہاب عصبی (Post neuritic atrophy) کہتے ہیں۔

اس کے علاوہ ایسی ضموری حالتیں بھی ملتی ہیں جن میں اس سے قبل شدید مقامی التہاب نہیں ہوتا۔ بلکہ یہ عمومی امراض کے ساتھ پائی جاتی ہیں اور مرکزی نظام عصبی میں لاحق ہوتی ہیں یا بعض اوقات بغیر کسی سبب کے بھی پیدا ہوتی ہیں، ان حالتوں کو ہم ابتدائی ضمور عصب باصرہ کہتے ہیں، منظار عین کے ذریعہ معائنہ کرنے پر جو مخصوص علامتیں ضمور کی پائی جاتی ہیں، ان میں سے قرص کے رنگ کا پھیکا پڑجانا، نیز عروق کے اندر تغیرات کے ظہور میں قرص بصری کا رنگ پھیکا پڑجاتا ہے۔ مگر مختلف اقسام کے ضمور میں اس کا رنگ مختلف ہوسکتا ہے۔ رنگ کا پھیکا پن ساری قرص میں پایا جاتا ہے۔ اسکو طبعی حالت کی مرکزی سفیدی سے ضرور تمیز کرنا چاہئے، یہ بعض اوقات طبعی تعر قرص کے صدغی جانب ملتا ہے عروق کے اندر ہمیشہ انقباضی تغیرات لاحق ہوتے ہیں۔ مگر ممکن ہے کہ یہ تغیرات بالکل نہ ہوں۔

خاکستری ہزال کے مریضوں میں پیدا ہونے والے ابتدائی ضمور عصب باصرہ میں قرص بصری کا رنگ خاکستری یا سفید ہو سکتا ہے، بعض اوقات اس میں سبزی مائل رنگ یا نیلگونی بھی معلوم ہوتی ہے، قرص بصری کے اندر نشانات ملتے ہیں، اس کے کنارے صاف نمایاں ہوتے ہیں، شبکیہ چاروں طرف طبعی حالت میں ہوتا ہے۔ الیاف کے اند فسادی تغیرات کی وجہ سے قرص بصری کے اندر خفیف ضموری تقعر بھی پایا جاتا ہے، اس کو زرق الماء کے قرصی تق سے تمیز کرنا بہت ضروری ہے، یہ کم گہرا ہوتا ہے، اور پھیلے ہوئے پیالہ کے مانند ہوا کرتا ہے۔ اسی لئے اس کے اندر عروق معمولی طور پر ٹیڑھے ہوتے ہیں۔ ان کو ہم منظار عین کے ذریعہ نہیں ناپ سکتے، طبقہ مصفویہ اس حالت میں پیچھے کو نہیں ہٹا ہوتا، عروق طبعی حالت میں ہوتے ہیں یا معمولی طور پر پتلے ہو جاتے ہیں۔ عام طور پر دونوں آنکھیں ماؤف ہوتی ہیں۔

شکل نمبر ۱۳۱



قرص بصری کا طولانی قطع جسمیں ضموری کاسہ تق دکھلایا گیا ہے لیکن طبقہ مصفویہ اپنی جگہ سے نہیں

خلط المقلہ التہاب کی وجہ سے جب ثانوی طور پر عصب باصرہ کا ضمور لاحق ہوتا ہے تو یہ بھی تقریباً ابتدائی ضمور سے مشابہ ہوا کرتا ہے مگر اس میں رنگ زیادہ ہلکا پڑ جاتا ہے۔ اور عروق خاص طور پر سکڑے ہوئے یعنی پتلے نظر آتے ہیں۔

مشیمیہ اور شبکیہ کے مرض کی وجہ سے جب ثانوی طور پر یا بطور تتمہ کے ضمور لاحق ہو جیسا کہ التہاب شبکیہ طون آخری مدارج میں بیان کیا جا چکا ہے تو قرص بصری کا رنگ زردی مائل موم کی طرح ہو جاتا ہے، کنارے کم نمایاں ہوتے ہیں، عروق بہت زیادہ سکڑے ہوئے یعنی پتلے ہو جاتے ہیں، یہاں تک کہ بعض اوقات بالکل غائب ہو ج ہیں، اس قسم کا ضمور شبکیہ کے عروق کے شدید امراض میں دیکھا جاتا ہے۔ التہاب عصبی کے بعد کا ضمور ممکن ہے کہ دو اقسام سے بالکل تمیز نہ کیا جا سکے، مگر علامات اسقدر نمایاں ہوتی ہیں کہ اس کی تمیز عموماً ممکن ہوتی ہے، جس کا انحصار اس امر پر ہے کہ انصباب کے انجذاب پر کچھ لیفی ساخت قرص بصری پر بن جاتی ہے، جس کی وجہ سے طبقہ مصفویہ دکھائی نہیں دیتا، اس کی وجہ سے قرصی تقعر بھرا ہوا نظر آتا ہے، یہ لیفی ساخت کناروں پر پھیل کر ان کو بھی غیر صاف بنا دیتی اور عروق کے ساتھ ساتھ پیدا ہونے کی وجہ سے ان کی محیطی خلاؤں کو دبیز کر دیتی ہے، جس کی وجہ سے عروق سکڑے پر ان کی حالت ایسی ہو جاتی ہے گویا کہ ان کا گلا گھونٹ دیا گیا ہے، اسی وجہ سے شرائین خاص طور پر

سکڑی ہوئی معلوم ہوتی ہیں، اس سے قبل قرص بصری کے گرد التہاب شبکیہ کی وجہ سے عموماً شبکیہ میں مستقل تغیرات نظر آتے ہیں۔ اور یہ قوی تغیرات کی صورت اختیار کرتے ہیں، اگر یہ موجود ہوں تو ہم سمجھ سکتے ہیں کہ اس کے قبل التہاب قرص بصری موجود تھا، اگر جب یہ غائب ہوں تو یہ خیال کرنا ایک امر موہوم ہے، ردعمل کے طور پر لیفی ساخت کی پیدائش مختلف مریضوں میں مختلف حیثیت رکھتی ہے، اور نئی پیدا شدہ ساخت آہستہ آہستہ جذب ہو جاتی ہے، یہ خیال رہے کہ طبعی حالت میں بھی قرص بصری کے اوپر لیفی ساخت مختلف طور پر پائی جاتی ہے، اور خصوصیت کے ساتھ خلقی طور پر قرص بصری کا طبعی تحریفی ساخت سے بھرا ہوا پایا جاتا ہے جس کے ساتھ لیفی خیوط عروق کے ساتھ باہر کی طرف پھیلے ہوئے نظر آتے ہیں۔

کلی ضمور عصب باصرہ میں حدقہ عین پھیلے ہوئے اور بے حرکت ہوتے ہیں اور مریض اندھا ہو جاتا ہے نوری انعکاس غائب ہوتا ہے، اگر صرف آنکھ میں یہ مرض ہو تو شرکی انعکاس نوری زیادہ بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ جزئی ضمور عصب باصرہ میں مرکزی بصارت بہت خراب ہو جاتی ہے۔ میدان بصر حلقہ نما صورت میں محیط کی طرف سے مرکز کی طرف کم ہو جاتا ہے اس میں عتمے موجود بھی ہوتے ہیں اور نہیں بھی ہوتے، یہ عتمے نسبتی اور کلی دونوں قسم کے ہو سکتے ہیں، ان کا انحصار مرض کے اسباب پر ہے۔

ابتدائی ضمور میں مرض آہستہ آہستہ بڑھتا ہے، اور مہینوں و برسوں کے بعد ختم ہوتا ہے، مریض بالکل اندھا ہو جاتا ہے۔ منظار عین سے معائنہ کر کے بصارت کے متعلق کوئی فیصلہ نہیں کیا جا سکتا، ممکن ہے کہ ضمور کی تمام علامتیں موجود ہوں اور اس کے باوجود بصارت کافی حد تک باقی رہے۔

ابتدائی ضمور کا خاص سبب ہزال ہے، اور ہزال اس کی سب سے پہلی علامت ہو سکتا ہے، دوسری علامتیں ممکن ہے کہ عرصہ کے بعد پیدا ہوں۔ مریض کا معائنہ نہایت غور سے کیا جائے۔ اور آتشک کے امکان (آرگائل رابرٹسن کے حدقی ردعمل کی موجودگی، رکبی انعکاس کا غائب ہونا عصب خامس کی تخدیر، تفاعل واسرمانیہ کا مثبت ہونا، شرکی حرکات کا غیر منظم طور پر پایا جانا) کو ہمیشہ مدنظر رکھیں۔

اگر ہزال کی صورت میں عصب باصرہ کا ضمور جلد لاحق ہو تو ان مریضوں میں عدم ضبط حرکات کا ظہور بہت دیر میں ہوتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا تجربہ اس امر کا شاہد ہے اگر اس عدم انضباط حرکات عضلی کا ظہور دیر میں ہو تو اسکے

آئینۂ تغیرات میں کوئی فرق نہیں پایا جاتا۔

یہ مرض دونوں آنکھوں میں ہوتا ہے، مگر ایک میں کم اور دوسری میں زیادہ، بالآخر تدریجاً یقینی طور پر مریض اندھا ہو جاتا ہے گویا کہ ضمور عصب باصرہ ہمیشہ بڑھنے والا مرض ہے۔

سابق ماہرین کا خیال تھا کہ اس مرض میں شبکیہ کے عقدی عصبی خلیات پہلے ماؤف ہوتے ہیں، مگر اب ہمارے پاس متعدد شہادتیں اس امر کی موجود ہیں کہ سب سے پہلے جو تغیرات پیدا ہوتے ہیں وہ جمجمی حصہ میں عصب باصرہ کے اندر ہوتے ہیں تقاطع بصری میں التہابی ترشحات پیدا ہو جاتے ہیں، ایسی ہی حالت عمومی استرخار آتشکی اور جزائری تصلب نظام عصبی میں پائی جاتی ہے، اور اس سے کم مرکزی نظام عصبی کے دوسرے امراض میں، جزائری تصلب نخاعی دماغی میں مرض کا دور مختلف ہوتا ہے، اس میں تغیرات کا ظہور اور مرض کا اعادہ شاذ و نادر ہی اندھا پن پیدا کرتا ہے، تصلب منتشرہ میں انذار مرض اچھا ہوتا ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ اس مرض میں عصبی الیاف کے محوری علاف بچ جاتے ہیں حالانکہ ان کے مخی غلاف بہت زیادہ برباد ہو جاتے ہیں، ابتدائی ضمور کی وجہ سمیات بھی ہو سکتی ہیں، مثلاً میتھائل الکوہل، سیسا، لٹے ٹاکس وغیرہ وغیرہ ان کے علاوہ بہت زیادہ نزف الدم، طمث کے نقائص، سرکی لگنا تصلب شریانی بھی بعض حالتوں میں اس کا سبب بیان کئے گئے ہیں، ابتدائی ضمور میں گو کہ مرکزی بصارت جلد خراب ہوتی ہے لیکن مرکزی عتمہ کوئی نہیں ہوتا، میدان بصر ہم مرکز دائرہ کی صورت میں باہر سے اندر کو یا محیط سے مرکز کی طرف سکڑتا ہے، اور اس کے اندر نمایاں طور پر دندانے سے ملتے ہیں، جو کہ انفی جانب بہت زیادہ نمایاں ہوتے ہیں، ہزال کی حالت میں بالآخر دو ایک سال کے بعد بیرونی مختلف اشیاء پر آنکھ کو قائم کرنے کا نقطہ یا مقام غائب ہو جاتا ہے، ممکن ہے کہ مرکز سے ذرا ہٹ کر صدغی جانب نوری حس کچھ دنوں تک اور قائم رہے۔

میدان بصری میں سفید رنگ کے پہچاننے کا حصہ باعتبار دوسرے رنگوں کے بعد میں سکڑتا ہے۔ یعنی اکتسابی اندھا پن رنگوں کے لئے پیدا ہو سکتا ہے، انذار مرض بہت خراب ہوتا ہے۔

ثانوی ضمور عصب باصرہ - سلعہ کے دباؤ کی وجہ سے جو کہ عصب باصرہ، تقاطع بصری یا طریق بصری پر پڑتا ہے یا انورسما یا جانبی بطون دماغی کے بہت زیادہ بھر جانے کی وجہ سے جو دباؤ پڑتا ہے اُس سے پیدا ہوتا ہے۔ جیسا کہ استسقار دماغی میں ہوتا ہے۔ اس سلعہ اور دوسرے اسباب کا وقوع اس طرح کا ہوتا ہے کہ ان کا دباؤ عصبی الیاف پر پڑتا ہے۔ مگر انکی وجہ

سے جسمی دباؤ اتنا زیادہ نہیں بڑھتا، جیسا کہ غدہ نخامیہ کے سلعات ہیں، یا اندرونی شریان سباتی کے انورسما میں (جو کہ جوف کہفی کے اندر موجود ہو) دیکھا گیا ہے، یا ان سلعات کے بالواسطہ تقاطع بصری پر یا عصب باصرہ کے الیاف پر (جبکہ نقبہ بصری کے پیچھے ہوتا ہے) اس کے دباؤ کے ماتحت اندرونی جوف اسفلی سے تعلق منقطع ہو جاتا ہے۔ جیسا کہ نفس شامہ دماغی میں اور جبہی فص کے نچلے حصہ میں دیکھا جاتا ہے۔ نقبہ بصری پر اگر عصب باصرہ پھٹ جائے تو بھی اس قسم کا ضمور لاحق ہوتا ہے ام جافیہ کے اندر نزف الدم، عصب کا انقطاع، منجمد خون کی وجہ سے دباؤ کا پیدا ہونا بھی ایسا ہی ضمور پیدا کرتا ہے، مگر ان صورتوں میں پہلے ضمور عصب باصرہ نہیں ہوتا۔

خلفت المقلہ ضمور عصب باصرہ کے علاج اور انذار کے متعلق قرص بصری کے تہیج کے سلسلہ میں مذکور ہو چکا ہے، ابتدائی ضمور کے علاج کے لئے ازالہ سبب کرنا چاہئے، اور خود عصب کے مرض کے لئے پارے کے مرکبات، ایوڈائیڈز جو ہر کچلہ، نائٹروگلیسرین وغیرہ اور مسلسل کہربائی رو کو استعمال کریں، مگر ان سب دواؤں سے ہمیشہ فائدہ نہیں ہوتا، بعض اوقات کچھ فائدہ پہونچتا ہے۔

قرص بصری کے خلقی نقائص۔ اس کے نقص کی دو صورتیں ہوتی ہیں، (۱) کبھی کبھی دیکھا جاتا ہے (۲) عموماً پایا جاتا ہے، موخر الذکر قسم جنینی حالت میں شق مشیمی کے مکمل نہ بند ہونے کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے، اور اس حالت میں قرص بصری کے زیرین حصہ میں ایک ہلال پیدا ہوتا ہے جو قصر بصری ہلال کے مشابہ ہوتا ہے، مگر قرص بصری کے زیرین کنارے پر واقع ہوتا ہے۔ اس ہلال کا رنگ قرص بصری سے زیادہ سفید ہوتا ہے، عام طور پر یہ حالت طول بصر والی یا سداد بصر والی آنکھوں میں پائی جاتی ہے اور انعطافی خرابی کے درست کرنے کے باوجود کسی حد تک بصارت کی خرابی باقی رہتی ہے۔ قرص بصری کا انشقاقی نقص شق خلقی کے نہ بند ہونے کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے، قرص بہت بڑی دکھائی دیتی ہے، اور اس کے عروق غیر طبعی ہوتے ہیں جو کہ صرف اوپر کے حصے میں اور بے قاعدہ طور پر کناروں پر ملتے ہیں۔ بظاہر قرص بصری صلبیہ اور عصب باصرہ کے غلاف کی اندرونی سطح ہوتی ہے، جو کہ اس طرح نظر آتی ہے اور عصب بصری خود اوپر کے حصہ میں گلابی افقی لکیر کے مانند رباط کی طرح پھیلا ہوتا ہے۔ اس انشقاق کا فرش سفید ہوتا ہے۔ اور اسقدر نیچے ہو جاتا ہے کہ اس کو ناپ سکتے ہیں، آنکھ کی بصارت خراب ہوتی ہے۔

قرص بصری میں مذکورہ نقص کے علاوہ سوراخ بھی ہوتے ہیں، اور یہ سیاہ خاکستری رنگ کے نظر آتے ہیں،

ان کا یہ رنگ سایہ پیدا ہونے کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اور یہ قرص کے صدغی جانب پائے جاتے ہیں، ان کے علاوہ قرص بصری پر شبکی بشرہ کے لگے رہنے سے تو یہی دھبے نظر آتے ہیں۔

اس سے قبل ہم بیان کر چکے ہیں کہ بعض اوقات یعنی نسیج بڑھ جاتی ہے اور یہ عروق کے ساتھ ساتھ بھی کسی حد تک پائی جاتی ہے، بعض اوقات یہ یعنی نسیج نیم شفاف غشار کی صورت اختیار کرتی ہے جو کہ قرص بصری کو ڈھانک لیتی ہے اور عروق سے لگی ہوئی معلوم ہوتی ہے۔

سلعات اندرون چشم

(Intra ocular tumours)

آنکھ کے سلعات شاذونادر ہی دیکھے جاتے ہیں، مگر جب پیدا ہوتے ہیں تو عموماً خبثیہ قسم کے ہوتے ہیں اور اسقدر مخدوش ہوتے ہیں کہ مریض کی زندگی کے لئے خطرہ رہتا ہے۔

طبقہ عنبیہ کے سلعات۔ عنبیہ کے سلعات لحمیہ خبثیہ نہایت ہی شاذونادر ہوتے ہیں، بعض اوقات میلے رنگ کے عنبیہ میں گہرے بھورے رنگ کے رقبہ جات ملتے ہیں، جو جنینی نشو و نما کے زمانہ میں شبکیہ کے بشرہ ملونہ کے اجتماع سے عنبیہ پر باقی رہ جاتے ہیں، یہ عام طور پر تکلیف دہ نہیں ہوتے، مگر بعض اوقات ان میں خبثیت خصوصیات پیدا ہو جاتی ہیں آنکا نژ شروع ہو جاتا ہے لہذا ان رقبہ جات کا اگر حجم بڑھنا شروع ہو تو مشکوک نگاہ سے دیکھنا چاہئے، صادق سلعات لحمیہ خبثیہ، جو کہ ملون اور غیر ملون مغزلی یا گول خلیات پر مشتمل ہوں یہ بعض اوقات عنبیہ پر عقدہ کی صورت میں ظاہر ہوتے ہیں، اگر ان کو چھیڑا نہ جائے تو بڑھتے رہتے ہیں اور کنارے تک بڑھ کر قرنوی وملیمی جار اتصال کو ماؤف کر دیتے ہیں، یہاں سے ان کے خلیات دوران خون میں شامل ہو کر دوسرے احشار میں ثانوی سلعات کا باعث بنتے ہیں، اور بالآخر مریض کی موت کا سبب ہو جاتے ہیں۔

اگرچہ یہی صرف ایک اہم سلعہ ہے جو عنبیہ پر پیدا ہوتا ہے، مگر بعض اوقات اس کی تشخیص عنبیہ کے درنہ یا ورم صمغی

سے شکل ہوتی ہے، سلعہ کی صورت میں التہابی ظواہر موجود ہوتے ہیں، اور یہ صرف ایک مقام سے شروع ہوتا ہے۔ اکثر ملون ہوتا ہے اور حجم میں بہت جلد بڑھتا ہے۔

علاج۔ کچھ عرصہ تک سلعہ کا مطالعہ کیا جائے، اگر قطع عنبیہ کے ذریعہ یہ (سلعہ کا) مقام خارج ہو سکے تو اس عمل کو جلد اختیار کریں، اور قطع کردہ ٹکڑے کا خوردبینی معائنہ یا تو بوجیا کے کسی ماہر خصوصی سے کرایا جائے، اگر یہ سلعہ خبیث ثابت ہو اور اس کا استیصال کلی نہ ہوا ہو یا یہ سلعہ دوبارہ عنبیہ میں پیدا ہو جائے تو آنکھ کو نکال دینا بہتر ہوتا ہے۔

میں اس موقع پر ایک مفید واقعہ برلن یونیورسٹی کے آنکھ کے شفاخانہ کا درج کرتا ہوں، ایک مریضہ جس کی عمر ۲۰ سال تھی آنکھ کے متعلق مشورہ کرنے کے لئے میرے محترم اساتذہ پروفیسر کرگمان اور پروفیسر مائیس نر کے پاس آئی، معائنہ کے دوران میں پروفیسر کرگمان نے اپنے رفقاء کار اور ان طالب علم ڈاکٹروں کو بلایا جو امراض چشم کی خصوصی تعلیم کے لئے وہاں آئے تھے اور سبھوں کو اس عورت کی آنکھ کا عینی خوردبین سے معائنہ کرنے کا موقع دیا، اس وقت تک اس مریضہ کی بینائی بالکل درست تھی، پروفیسر موصوف نے بیان کیا کہ اس کی آنکھ میں خبیث قسم کی رسولی موجود ہے جس کی وجہ سے اس کی زندگی معرض خطر میں ہے۔ لہذا اس کو نکال دینا چاہئے۔ ظاہر ہے کہ اس تجویز کا جو کچھ برا اثر اس عورت پر ہوا ہوگا، مگر نہایت متانت کے ساتھ اس نے کہا کہ اس عمل جرحی کے لئے رضامندی کے متعلق وہ کل جواب دیگی، دوسرے روز آکر اس نے پروفیسر موصوف کو اجازت دی کہ اس کی آنکھ نکال دی جائے، لہذا یہ آنکھ نکال دی گئی۔

مذکورہ واقعہ مجھکو پیش کرنے کی ضرورت اس لئے پیش آئی کہ ناظرین اُن مثالوں سے مطلع ہو جائیں جو کہ علم اور معالجین پر بھروسہ کرنے کے سلسلہ میں آئے دن مغرب میں پیش آتی رہتی ہیں۔ ہمارے ملک میں اگر مریض سے کہا جائے کہ عمل جرحی کی ضرورت کسی وجہ سے لاحق ہے تو وہ صحیح علم نہ ہونے کی وجہ سے پہلے تو کئی روز تک دوسرے اطبا سے مشورہ کریگا اور جب کوئی طبیب یہ کہدیگا کہ مرض بغیر عمل جرحی کے زائل ہو سکتا ہے، میری رائے عمل جرحی کے لئے نہیں ہے تو یہی طبیب مریض کے نزدیک سب سے زیادہ لائق اور قابل اعتماد ہوگا۔ خواہ یہ شخص جاہل اور عطائی کیوں نہ ہو۔

مشیمیہ کے سلعات۔ اس کے سلعات لحمیہ خبیثیہ اسقدر شاذ نہیں ہوتے جتنے کہ وہ سلعات جو کہ مشیمیہ کے اندر اسکی اساسی نسیجوں کے بیرونی پرت کے تکاثر خلیات سے پیدا ہوتے ہیں، پہلے پہل یہ عدسہ سے مشابہ ایک رسولی کی صورت میں ظاہر ہوتے ہیں، جن کے اوپر طبقہ مشیمیہ اٹھا ہوا معلوم ہوتا ہے، خلیات کے تکاثر کی وجہ سے تناؤ یہاں تک بڑھتا ہے

کہ بالآخر "غشا ربرک" پھٹ جاتی ہے، یہ سلعہ تحت شبکی جوف میں بڑھتا رہتا ہے، طبقہ مشیمیہ سے ایک ڈنڈی (تنگ گردن) کے ذریعہ ملحق نظر آتا ہے، اس سلعہ کے گول بڑھتے ہوئے حصّہ پر شبکیہ دکھائی دیتا ہے، اس کے چاروں طرف شبکیہ مشیمیہ سے الگ ہوجاتا ہے، اور بڑھتے ہوئے گول حصّہ کی چوٹی سے لیکر مشیمیہ تک زلالی سیّال بھرا ہوتا ہے، یہ سلعہ مشیمیہ میں کسی جگہ پر ہوسکتا ہے، سیّال یہاں سے بہکر ثقلی وجوہ کے ماتحت نیچے کو آسکتا ہے، اور نیچے کے حصّہ میں جمع ہوکر طبقہ شبکیہ کو مشیمیہ سے الگ کرنے کا باعث بنتا ہے۔

جیسے جیسے یہ سلعہ بڑھتا ہے، ویسے ویسے شبکیہ مشیمیہ سے الگ ہوتا جاتا ہے، یہاں تک کہ کل کا کل شبکیہ مشیمیہ سے الگ ہوسکتا ہے۔ اس حالت میں اکثر عدسہ جلیدیہ کا تغذیہ خراب ہوجاتا ہے۔ جس کی وجہ سے عدسہ غیر شفاف ہوجاتا ہے ممکن ہے سلعہ بڑھ کر پوری آنکھ کو بھردے، اور پھر کسی مقام پر آنکھ کے باہر نکل آوے، بعض اوقات اس سے قبل بھی یہ سلعہ اور وہ دوامہ یا ہدبی عروق کے راستہ سے باہر نکل آتا ہے اس حالت میں یہ مجری نسیجوں میں بڑھنا شروع ہوتا ہے سلعہ لحمیہ خبثیہ میں غدد لمفاوی ماؤف نہیں ہوتے، مگر عروق دموی کے ذریعہ اس رسولی کے خلیات دوسرے مقامات تک پہونچ کر ثانوی رسولیاں بالخصوص جگر میں پیدا کرتے ہیں۔

یہ عام طور پر رنگ دار ہوتے ہیں اور کبھی ملون نہیں بھی ہوتے۔ ایسی حالت میں ان کو "لیوکو سارکوما" بھی کہتے ہیں ان کی شکل گول ہوتی ہے، یہ دموی عروق کے گرد بھی پیدا ہوسکتے ہیں۔ آنکھ کے سلعہ لحمیہ کا دور چار درجات پر مشتمل ہوتا ہے (۱) خاموش دور (۲) زرق المائی دور (۳) مجری حصص میں بڑھنے کا دور یعنی آنکھ کے باہر نکلنے کی طرف میلان (۴) ثانوی سلعات کا دور۔

مذکورہ درجات یکے بعد دیگرے دیکھے جاتے ہیں، ثانوی زرق الماء بہت جلد بھی پیدا ہوسکتا ہے، ممکن ہے کہ جب آنکھ کے باہر یہ سلعہ بڑھنا شروع ہو اُسوقت تک زرق الماء نہ پیدا ہو بعض اوقات ثانوی سلعات بھی بہت جلد پیدا ہوتے ہوئے دیکھے گئے ہیں۔ زرق الماء کے سبب کو ہم پوری طرح نہیں سمجھ سکے، مگر عموماً یہ اسوجہ سے لاحق ہوتا ہے کہ عدسہ اور عنبیہ کو سلعہ دھکیل کر آگے لیجاتا ہے جس کی وجہ سے خزانہ مقدم کا زاویہ ترشیح بند ہوجاتا ہے۔ مگر ایسی حالتیں بھی ملتی ہیں جن میں شروع ہی کے مدارج میں وریدی نظام کے اندر رکاوٹ کے لاحق ہونے کی وجہ سے زرق الماء پیدا ہوجاتا ہے۔ ایسی صورتوں میں سلعہ کی وضع اور دوامہ پر دباؤ ڈال کر اس کے دوران خون کو روک دیتی ہے۔

طبقہ مشیمیہ کا سلعہ لحمیہ خبثیہ عموماً ۴۰-۶۰ سال کی عمر میں پیدا ہوتا ہے، ہمیشہ ابتدائی ہوتا ہے اور ایک طرف پایا جاتا ہے، ایک ہی رسولی کی شکل میں ہوتا ہے، ممکن ہے کہ مریض شروع ہی کے مدارج میں جبکہ بقعہ صفراوی کے نزدیک رسولی ہو، معالج کے پاس چلا آوے، کیونکہ اسوقت بینائی خراب ہوجاتی ہے یا اُسوقت معالج کے پاس آوے جبکہ زرق الماء کی حالت بہت زیادہ نمایاں ہوجائے، ان مریضوں میں ان کے طبقہ شبکیہ کے اُکھڑنے کی وجہ کا معلوم کرنا نہایت ضروری ہے، شبکیہ کا اپنی جگہہ سے اکھڑ جانا۔ قصر بصر، اور چوٹ لگنے کی حالت میں بھی ہوتا ہے، مگر بعض حالتوں میں اسکی وجہ کا معلوم کرنا ممکن نہیں ہوتا۔ اپنی جگہہ سے شبکیہ کے اُکھڑنے کا سبب جب رسولی وغیرہ نہ ہو تو یہ نیچے کے حصہ میں الگ ہوتا ہے، اس لئے جب یہ اوپر کے حصہ میں اُکھڑا ہوا ہو تو اس کا سبب مشیمی رسولی سمجھی جاتی ہے، اگر اس کا بہت زیادہ حصہ اکھڑ جائے، اور رسولی نہ ہو تو ممکن ہے کہ تو تر بین بڑھا ہو یا نہ بڑھا ہو لیکن اس کا بڑھا ہونا یقیناً سلعہ کی دلیل ہے۔

معمولی طور پر زیرین ساختوں سے شبکیہ کے الگ ہوجانے کی صورت میں اس کی سطح پر چنٹیں پڑی ہوئی دکھائی دیتی ہیں، خاص کر اُس وقت جبکہ آنکھ کو حرکت دی جائے، ایسی حالت میں اس کی سطح پر اونچے اونچے مقامات لہروں کی صورت میں نظر آتے ہیں، سلعہ کی چوٹی پر شبکیہ اُکھڑا ہوا گول دکھائی دیتا ہے اور اپنی جگہہ پر تنا ہوا معلوم ہوتا ہے مگر ممکن ہے کہ اس جگہہ کے گرد چاروں طرف معمولی بسیط طور پر اُکھڑنے کی حالت موجود ہو۔ اُٹھے ہوئے گول مقام کی چوٹی پر اگر تلوین نظر آوے تو سلعہ کا زیادہ شبہ ہوتا ہے، مگر محیطی حصہ میں سادہ طور پر اُکھڑنے پر بھی تلوین دکھائی دیتی ہے شبکی عروق کے درمیان ایسے عروق بھی معلوم ہوتے ہیں جن کی تقسیم شبکی تقسیم سے بالکل مختلف ہوتی ہے، اگر یہ حالت موجود ہو تو سلعہ کی دلیل ہے، مگر یہ حالت بہت کم دیکھنے میں آتی ہے، بقعہ صفراوی کے رقبہ میں گولائی کے ساتھ خفیف طور پر شبکیہ کا اُکھڑنا یا قعر عینی کے اوپر کے حصہ میں اس حالت کا پایا جانا سلعہ کی دلیل ہے، اگر یہ زیادہ مقدم حصہ میں ہو تو باہر ناکس کے کہربائی لیمپ سے آنکھ کو روشن کرنے پر سلعہ معلوم ہو سکتا ہے۔ کیونکہ اس طریقہ سے آنکھ کو روشن کرنے پر شبکیہ کا مساوی طور پر اُکھڑنا نظر آجاتا ہے۔ مگر جہاں پر سلعہ ہو وہاں آنکھ سیاہ دکھائی دیتی ہے۔

اگر معالج کو مریض کے دیکھنے کا سب سے پہلے اُسوقت اتفاق ہو جبکہ زرق الماء ہو چکا ہو تو تشخیص مشکل ہے ایسی حالت میں تشخیص کے لئے مریض کا بیان نہایت ضروری ہے۔ وہ بیان کرتا ہے کہ بینائی رفتہ رفتہ کم ہوگئی ہے

مگر زرق الماءی رنگین ہالے بالکل نہیں نظر آتے اور بینائی کی خرابی مسلسل زیادہ ہوتی گئی ہے۔ صرف ایک آنکھ میں تکلیف ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ دوسری آنکھ بالکل طبعی حالت میں ہو اور اس میں زرق الماء والی آنکھ کی طرح کوئی خاص نشان نہ ہو اچھی آنکھ میں میدان بصر انفی جانب بالکل نہیں سکڑا ہوتا ممکن ہے کہ ماؤف آنکھ میں احساس نور نہ ہو غرضیکہ شک ہو تو اسکو نکال دینا ہی بہتر ہوتا ہے۔

علاج۔ تشخیص متیقن ہونے کے بعد آنکھ کو فوراً نکال دیا جائے گو کہ مشیمیہ کا سلعہ لحمیہ شاذ و نادر ہی بڑھ کر عصب کے ساتھ باہر کو آتا ہے، تاہم بہتر ہے کہ عصب باصرہ کو جہانتک ممکن ہو زیادہ دور سے کاٹا جائے۔ اگر سلعہ پھوٹ کر آنکھ سے باہر نکل آوے تو محجری انسجہ تمام نکال دی جائیں لیکن اگر سلعہ چھوٹا ہو اور کل کا کل آنکھ کے اندر ہی موجود ہو تو انذار مرض اچھا ہوتا ہے، مگر ممکن ہے کہ اس سے ثانوی سلعات پیدا ہو جائیں، اگر مناسب وقت پر اس کو نکال نہ دیا جائے تو اکثر وہ سال کے اندر اندر مہلک ثابت ہوتا ہے۔

مشیمیہ کا مسطح سلعہ لحمیہ۔ شاذ حالتوں میں مشیمیہ کے اندر منتشر صورت میں سلعہ لحمیہ کے خلیات بڑھ جاتے ہیں اور مشیمیہ یکساں دبیز ہو جاتا ہے، شبکیہ اس کے اوپر اٹھا ہوا معلوم ہوتا ہے۔ ہمارے خیال میں یہ خبیث رسولیاں بشرہ باطنہ سے حاصل ہوتی ہیں، اور بڑھ کر ملفادی تجاویف کے ساتھ ساتھ پھیلتی ہیں، جیساکہ ثانوی سرطان پھیلا کرتا ہے۔

جسم ہدبی کا سلعہ لحمیہ۔ اصولی طور پر اس کی بھی وہی نوعیت اور وہی علامات ہوتی ہیں جو کہ مشیمیہ کے سلعہ لحمیہ کی بیان کی گئی ہیں، فرق صرف تشریحی حیثیت سے دونوں ساختوں کے مختلف مقامات پر پیدا ہونے کے لحاظ سے ہوتا ہے مثلاً شبکیہ جسم ہدبی کے نزدیک بشری خلیات کے دوہرے پرت پر مشتمل ہوتا ہے، اور زیرین ساختوں سے مضبوطی کے ساتھ متصل رہتا ہے لہذا بالکل نہیں اُکھڑتا، جب یہ سلعہ بڑھ کر مشیمیہ تک پہونچتا ہے تو شبکیہ اُکھڑ جاتا ہے، ممکن ہے کہ جب سلعہ بہت بڑا ہو جائے تو علامات ظاہر ہوں، اس کی علامتیں یہ ہوتی ہیں کہ دوسری طرف عدسہ کسیقدر ہٹ جاتا ہے یا کچھ ٹیڑھا پڑ جاتا ہے۔ عضلہ ہدبیہ کے فعل میں خلل پیدا ہوتا ہے، اور ہدبی دوران خون میں رکاوٹ ہوتی ہے، دو ایک مقدم ہدبی عروق میں انبساط ہو جاتا ہے۔ اگر یہ حالت موجود ہو تو معالج کو سلعہ کا شک ضرور کرنا چاہیے۔

ممکن ہے کہ یہ سلعہ بڑھ کر خزانہ مقدم کے زاویہ کو ماؤف کردے ایسی صورت میں عنبیہ اپنے کنارے پر الگ سا

معلوم ہوتا ہے، اور اس جگہ سیاہ یا گہرے رنگ کا ہالہ دکھائی دیتا ہے، مگر حقیقتاً اس جگہ عنبیہ الگ نہیں ہوتا کیونکہ منظار عین کے ذریعہ روشنی ڈالنے پر قعری انعکاس بالکل نہیں معلوم ہوتا، اگر یہ سلعہ لحمیہ سفید (Leucosarcoma) ہو تو ہالہ زردی مائل ہوتا ہے، اور اس کی سطح پر عروق دموی نظر آتے ہیں، جن کے ذریعہ تشخیص آسان ہو جاتی ہے، حدقہ عین کو خوب منبسط کر کے اگر تنویر موربی کے ذریعہ معائنہ کیا جائے تو ممکن ہے کہ سلعہ دکھائی دے،

مشیمیہ کے سلعہ لحمیہ سے کم جسم ہدبی کا سلعہ لحمیہ دیکھنے میں آتا ہے، اس کا علاج اور انذار مرض وہی ہے جو مشیمیہ کے سلعہ لحمیہ کے لئے بیان کیا گیا ہے،

جسم ہدبی کا مدور سلعہ لحمیہ - یہ سلعہ مشیمیہ کے مسطح سلعہ لحمیہ سے مشابہ ہوتا ہے کیونکہ یہ بھی دوسری ساختوں میں نفوذ کرتا ہے، مگر بہت شاذونادر دیکھنے میں آتا ہے -

مشیمیہ کا ثانوی سرطان - ثدی کے سلعہ سرطانیہ یا لبہ کے آخری مدارج میں بطور ثانوی سرطان کے ملتا ہے، شاذونادر دوسرے اعضاء کے سرطان کے ساتھ بھی ثانوی طور پر پایا جاتا ہے - بینائی میں مخل ہوتا ہے - اور منظار عین کے ذریعہ معائنہ کرنے پر شبکیہ کا بہت بڑا حصہ اُکھڑا ہوا دکھائی دیتا ہے، تقریباً ہمیشہ دونوں آنکھوں میں ہوتا ہے، چونکہ اس درجہ میں مریض کے تمام جسم میں ثانوی سرطان پیدا ہو جاتے ہیں اس لئے کوئی علاج مفید نہیں اور مریض جانبر نہیں ہوتا -

شبکیہ کا دبقی عصبی ورم (Glioma of the retina) شبکیہ کا عصبی بشری سرطان (Neuro epithelioma retinae) بچوں میں پایا جاتا ہے، ہمیشہ خلقی ہوتا ہے، ممکن ہے یہ سلعہ مخفی ہے اور پانچویں، چھٹے سال میں یا اس کے بعد اس کی علامتیں ظاہر ہوں، دوسری آنکھ میں بھی پیدا ہو جاتا ہے مگر پہلی آنکھ کی رسولی کے سدہ کی وجہ سے نہیں بلکہ دوسری آنکھ میں بذات خود یہ سلعہ پیدا ہوتا ہے، ۲۵ فی صدی مریضوں میں دوسری آنکھ ماؤف ہو جایا کرتی ہے، غور کے ساتھ معائنہ کرنے کے بعد بھی اس کی شناخت ذرا مشکل امر ہے، جب یہ بہت بڑھ جاتا ہے تو اسوقت اس کا شناخت کرنا آسان ہوتا ہے - بعض اوقات ایک ہی خاندان کے متعدد بچوں میں پایا جاتا ہے -

مریض کو اُس کے لواحقین معالج کے پاس اس لئے لاتے ہیں کہ اس کا حدقی انعکاس خاص قسم کا زردی مائل نظر آتا ہے جس کو بعض اوقات بلی کی اندھی آنکھ سے بھی مشابہت دی جاسکتی ہے اگر اس سلعہ کو چھوڑ دیا جائے تو اس کا دور مشیمیہ کے سلعہ لحمیہ کے مانند چلتا ہے - چنانچہ مندرجہ ذیل مدارج طے کرتا ہے -

(۱) خاموشی کا درجہ (۲) زرق المار کا درجہ (۳) آنکھ سے باہر بڑھنے کا درجہ (۴) دوسرے مقامات پر اس کے سدوں کا پہونچکر دوسری رسولیاں بنانے کا درجہ۔

دوسرے درجہ میں آنکھ بڑی ہوجاتی ہے، اور اس کے ساتھ ظاہری یا حقیقی جحوظ العین لاحق ہوتا ہے۔ اس درجہ میں درد شدید ہوتا ہے، مگر جب صلبیہ کے اندر سے باہر کو سلعہ پھوٹ نکلے تو درد میں افاقہ ہوجاتا ہے۔ آنکھ میں سوراخ محیط قرنوی وصلبی کے مقام پر ہوتا ہے۔ اس کے بعد بہت جلد یہ رسولی بڑھتی ہے اور گوبھی کے پھول کے مانند شکل اختیار کرتی ہے۔ سدد کی وجہ سے پہلے کان کے سامنے والے غدد میں رسولی بنتی ہے۔ اسی طرح اس کے نزدیک کے لمفاوی غدد بھی اس کے بعد جمجمی اور دوسری عظام کے اندر رسولی پیدا ہوتی ہے۔ آنکھ کے اندر خود سلعہ بڑھ کر عصب باصرہ کو بھی ماؤف کرتا ہے۔ اس کے بعد دماغ بھی ماؤف ہوجاتا ہے۔ دوسرے احشار خصوصاً کبد میں یہ سدد شاذ و نادر ہی پہونچتے ہیں۔ عموماً پہلا درجہ ۶ ماہ تک رہتا ہے۔ یہ سلعہ حقیقتاً شبکیہ کا سلعہ خبیثہ ہوتا ہے جس کے خلیات گول ہوتے ہیں ان خلیات میں گول گول نقاط پائے جاتے ہیں۔ یہ خلیات عروق کے گرد جمع ہوجاتے ہیں۔ ان کے اندر فسادی تغیرات بہت نمایاں ہوتے ہیں۔ اس کو دماغی مخی یعنی عصبی ورم سے تمیز کرنا چاہیے۔

یہ اس سے بالکل مشابہ نہیں ہوتا۔ اور ان جنینی خلیات سے پیدا ہوتا ہے جو ابھی تک مختلف حصص میں تبدیل نہیں ہوئے ہوتے۔ دوسری آنکھ جب ماؤف ہوتی ہے تو اس کے اندر یہ مرض سددوں کے ذریعہ نہیں بلکہ از خود پیدا ہوجاتا ہے۔ ایک ہی وقت میں ایک سے زائد رسولیاں ہوتی ہیں۔ اگر ابتدا میں اس کو دیکھا جائے تو یہ امر صاف طور پر نمایاں معلوم ہوتا ہے یعنی جب دوسری آنکھ میں شروع ہو تو اسی وقت معلوم ہوجاتا ہے کہ ایک بہت بڑا کتلا ہے جس کے گرد بہت سے چھوٹے چھوٹے کتلے نظر آتے ہیں۔ خوردبینی معائنہ سے مقلہ عینی کے اندر نہایت چھوٹے چھوٹے سلعات معلوم ہوتے ہیں۔ جو شاید خود باہر کی طرف پھیل کر شبکیہ کو مشیمیہ سے الگ کر دیتے ہیں۔ یا یہ اندر کی طرف بڑھتے ہیں۔ بڑھنے کے لحاظ سے دو قسمیں ہوتی ہیں۔ جن میں کوئی خاص فرق نہیں ہوتا۔ مگر منظار عین کے ذریعہ دیکھنے پر دونوں آنکھوں میں تصویر مختلف ہوتی ہے۔ چنانچہ جو آنکھ پہلے ماؤف ہوتی ہے اس میں معمولی طور پر اکھڑا ہوا شبکیہ پایا جاتا ہے۔ اور دوسری آنکھ میں زجاجیہ کے اندر بڑھے ہوئے سلعہ کی شکل میں نظر آتا ہے۔ اس کی سطح پر نزف الدم بھی ہوتا ہے خصوصاً اس قسم میں جو زجاجیہ کی طرف رہتی ہے۔

ان سلعات کے خلیات چھوٹے چھوٹے اور گول ہوتے ہیں۔ جن کے اندر بڑے نوات پائے جاتے ہیں جو شبکیہ کے نواتی پرت کے خلیات سے مشابہ ہوتے ہیں۔ یہ نوات رنگ کو خراب طریقہ پر قبول کرتے ہیں۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ ان کے اندر نکروزس کی حالت موجود ہوتی ہے۔ ان خلیات کے اندر گلاب کے مانند مدوّن چھوٹے خلیات پائے جاتے ہیں، جن کی مشابہت اجسام مخروطی وعصوی کے ساتھ ہوتی ہے۔ غالباً یہ رسولی اُن خلیات میں پیدا ہوتی ہے جو جنینی زمانے سے شبکی خلیات میں الگ الگ منظم ہوئے بغیر پڑے رہتے ہیں۔ بچوں میں اور بہت سے دوسرے مرض اس سے مشابہ ہوتے ہیں۔ اس تشابہ کی وجہ سے تشخیص میں دقت ہوتی ہے۔ ان کو ہم "کاذب شبکی سلعہ خبیثیہ" کہتے ہیں۔

(۱) زجاجیہ میں التہابی ترشح کی موجودگی جس کے ساتھ شبکیہ بھی اپنے طبعی مقام سے اُکھڑا ہوا ہو یا نہ ہو۔

(۲) مشیمیہ کے تدرن کی خصوصاً وہ قسم جس میں متعدد درنے ملے ہوئے ہوں۔

(۳) جنینی نقائص مثلاً لیفی عروقی غلاف کا عدسہ کے موخر غلاف پر قائم رہنا۔

ان میں سے پہلی قسم ہدبی التہاب کا نتیجہ ہوتی ہے۔ جس کا پتہ نہیں چلتا یا جس کی وجہ سے ہلکی سرخی آنکھ میں موجود ہوتی ہے اور اس کے ساتھ خزانہ مقدم میں بھی التہابی ترشح پایا جاتا ہے۔ مگر خزانہ مقدم والا یہ لیفی انصباب بہت جلد منجذب ہو جاتا ہے۔

ان مریضوں کے سابقہ حالات میں۔ دوروں کے وقوع۔ بیہوشی۔ چلانے یا شور مچانے کے واقعات پائے جاتے ہیں۔ کان کے امراض۔ التہاب سحائی۔ حاد متعدی بخار یا آتشک کے متعلق بھی بیان کیا جاتا ہے۔ صرف التہاب عنبی وہدبی کے نتیجہ کے طور پر التصاق موخر۔ عنبیہ کے قاعدہ کا پیچھے کو ہٹ جانا بھی دیکھا جاتا ہے۔

ایسی صورت میں "ایٹروپین" ڈال کر دونوں آنکھوں کا غور سے معائنہ کرنا چاہیئے۔ اور اگر ضرورت محسوس ہو تو کلوروفارم سنگھا کر منظار عین کے ذریعہ معائنہ کریں۔ اس طریقہ پر توترعین کا صحیح معائنہ بھی ممکن ہے۔ اور توترعین کے متعلق صحیح علم حاصل ہونا اس عمومی تخدیر کے بغیر ممکن نہیں۔ اگر توترعین بڑھا ہوا ہو تو سلعہ خبیثیہ کا یقین ہوتا ہے اور اگر کم ہو تو کاذب سلعہ کا امکان ہوگا لیکن مشکل یہ ہے کہ ہر کوشش کے بعد بھی مریض کے مرض کی تشخیص ناممکن ہوتی ہے۔ چونکہ مریض کی زندگی ہر حالت میں معرض خطر میں ہوتی ہے اور آنکھ کے بیکار ہو جانے میں کوئی شک نہیں ہوتا، اسلئے ان مریضوں کا سلعہ خبیثیہ کے اصول پر علاج کرنا چاہیئے یعنی آنکھ کو نکال دینا چاہیئے۔

علاج - جلد از جلد آنکھ کو نکال دیا جائے - مگر جہاں تک ہو سکے دور ہٹ کر عصب باصرہ کو کاٹیں- اور کاٹ دینے کے بعد اس کا ایک ٹکڑا معائنہ کے لئے روانہ کریں- اگر مرض کے بڑھنے کا شک ہو- مثلاً ملتحمہ یا مجری نسیجوں کے ماؤف ہو جائے کا امکان ہو تو مناسب تدابیر اختیار کریں-

اگر تشخیص میں شک ہو تو آنکھ کو نکال دیں، کیونکہ التہابی کاذب سلعہ میں بھی آنکھ سکڑ کر بدصورت ہو جاتی ہے مگر ایک ہی وقت میں دونوں آنکھوں کو نہ نکالا جائے، اگر معائنہ کرنے پر ایک آنکھ میں سلعہ جبثیہ کی تشخیص متیقن ہو تو ظاہر ہے کہ دوسری آنکھ میں بھی یہ رسولی خبیث ہوگی، لہذا لواحقین اجازت دیں تو دوسری آنکھ بھی نکال دی جائے-

اگر اس کا علاج نہ کیا جائے تو انذار مرض خراب ہوتا ہے، اور بالآخر مریض مرجاتا ہے، مگر جب آنکھ کے باہر اس کے نکلنے سے پہلے اس کو نکال دیا جائے تو انذار مرض بہتر ہوتا ہے اگر دوسری آنکھ میں سلعہ نہ ہو اور تین سال تک ثانوی رسولیاں نہ پیدا ہوں تو مریض کے لئے کوئی خطرہ نہیں، ایسی صورت میں ۳ سال تک کبھی کبھی ایٹروپین ڈال کر دوسری آنکھ کا غور سے معائنہ کرتے رہیں، ایسے واقعات پیش آچکے ہیں کہ دونوں آنکھوں کے نکال دینے کے بعد مریض شفایاب ہو گئے ہیں-

شبکیہ کی اکیاس - عموماً یہ اکیاس فسادی طور پر متغیر آنکھوں کے معائنہ میں دیکھنے میں آتی ہیں، حافہ مسننہ پر پائی جاتی ہیں، اس میں بوڑھے آدمی مبتلا ہوتے ہیں، بڑی اکیاس دوسرے مقامات پر ہوتی ہیں، یہ اکیاس بعض اوقات آپس میں جنتوں کے ملتصق ہو جانے سے پیدا ہو جاتی ہیں- بڑی اکیاس کی مشابہت کبھی اُکھڑے ہوئے شبکیہ سے بھی ہوتی ہے-

---

مجر کے عضلات اور اُن کی خرابیاں

مجری عضلات کا طبعی فعل

آنکھ خانۂ چشم کے اندر اپنی جگہہ پر مجری صفاق اور غلاف ٹینان کے ذریعہ قائم رہتی ہے اور سامنے کی طرف سے پیچھے والے محور پر ایک ایسے نقطے کے گرد حرکت کرتی ہے جو قرنیہ سے ۱۴ ملی میٹر پیچھے اور صلبیہ کی موخر سطح سے ۱۰ ملی میٹر آگے واقع ہے۔ آنکھ کی گردش کا یہ نقطہ معین ہر کز اپنی جگہہ پر عضلات چشم کے اتحادی عمل اور غلاف ٹینان نیز اس کے ملحقہ رباط کی وجہ سے قائم رہتا ہے۔ آنکھ کی حرکات چھ عضلات کے ماتحت انجام پاتی ہیں۔ ان عضلات کو تین گروہ میں تقسیم کیا جاتا ہے۔ ہر تین گروہ میں دو دو عضلات ہیں جن کے باہمی افعال ایک دوسرے کے خلاف ہوتے ہیں جیسا کہ عضلات مستقیمہ وحشیہ وانسیہ اپنے اپنے افعال میں ایک دوسرے کے ضد ہیں۔ وحشیہ عضلات آنکھ کو باہر کی جانب اور انسیہ اندر کی جانب گھماتے ہیں۔ یہ پہلے گروہ کے عضلات تھے۔ دوسرے گروہ میں (۱) عضلۂ مستقیمہ علیا و سفلیٰ (۲) عضلہ موربہ علیا و سفلیٰ ہیں۔ عضلہ مستقیمہ انسیہ سفلی اور عضلہ مستقیمہ وحشیہ علیا قرنیہ کی سطح سے ۵-۶-۷-۸ ملی میٹر دور واقع ہوتے ہیں یعنی قرنیہ کے گرد ایک لہردار خط کی صورت میں پائے جاتے ہیں۔

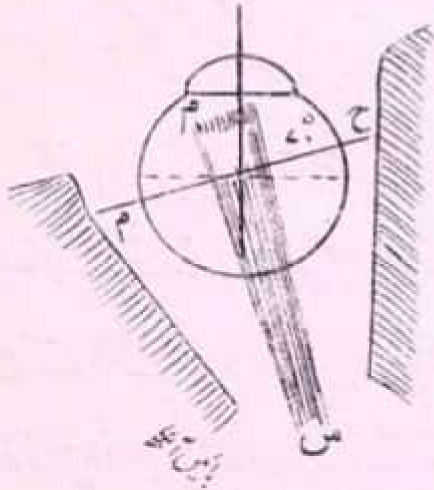
آنکھ کی ابتدائی وضع وہ ہے جس میں سر سیدھا ہو۔ آنکھیں افقی صورت میں سامنے کی طرف دیکھ رہی ہوں۔ اسی وضع سے ہم عضلات چشم کے افعال کا اندازہ کرتے ہیں۔ اس میں دونوں آنکھوں کے مناظری محور آپس میں متوازی ہوتے ہیں۔

عضلات مستقیمہ وحشیہ وانسیہ، اپنے مبدا سے شروع ہو کر آنکھ کے اندر داخل ہو کر مدغم ہونے کی جگہہ تک ایسی سطح پر گذرتے ہیں جو مقلۂ چشم کی افقی سطح کے ساتھ مطابقت کرتی ہے۔ یہ عضلات آنکھ کو عمودی محور کے گرد اندر یا باہر کی طرف حرکت دیتے ہیں۔ اس کے علاوہ ان کا اور کوئی فعل نہیں۔

عضلات مستقیمہ علیا و سفلی۔ مجر کے پچھلے حصے سے (جو آنکھ کے اندر کی طرف ہے) شروع ہو کر سامنے اور باہر کی طرف جاتے ہیں یہی وجہ ہے کہ ان کے راستہ میں آنے والی سطح آنکھ میں سامنے سے پیچھے جانے والی عمودی سطح سے مطابقت نہیں کرتی بلکہ یہ سطح پیچھے اور اندر کی طرف سے شروع ہو کر سامنے اور باہر کو آتی ہے۔ لہذا ان کے

گردش کا محور افقی سطح پر ہونے کے باوجود آنکھ کے افقی محور سے علیحدہ ہے۔ یہ سطح آنکھ کے افقی محور کے ساتھ ۲۰ ڈگری کا زاویہ بناتی ہے۔

شکل نمبر ۱۳۲

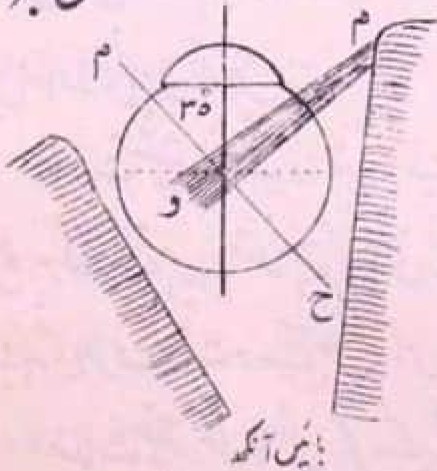


بائیں آنکھ

یہ عضلات چونکہ آنکھ کے مرکز گردش کے سامنے اگر اس میں مدغم ہوتے ہیں اس لئے ان کا فعل صرف یہ ہے کہ آنکھ کو یہ صرف اوپر یا نیچے کی طرف حرکت دیتے ہیں مگر اندر کی طرف سے آنے کی وجہ سے کسی حد تک آنکھ کو اندر کی طرف بھی گھماتے ہیں۔ اس کے علاوہ "عضلہ مستقیمہ علیا" قرنیہ کے عمودی محور کو کسی قدر اندر کی طرف جھکاتا ہے یا یوں سمجھنا چاہیے کہ آنکھ کو اندر کی طرف دائرہ نما حرکت دیتا ہے اس کے خلاف عضلہ مستقیمہ سفلی۔ قرنیہ کے عمودی محور کو باہر کی طرف جھکا دیتا ہے یعنی آنکھ کو باہر کی طرف دائرہ نما حرکت دیتا ہے۔

جب آنکھ باہر کی طرف گھومی ہوئی ہو تو اس وقت ان عضلات کی طاقت آنکھ کے اوپر یا نیچے کی طرف حرکت کرنے میں سب سے زیادہ کام آتی ہے۔ کیونکہ ایسی حالت میں ان عضلات کی گردش کا محور آنکھ کے افقی محور سے سب سے زیادہ نزدیک ہوتا ہے یا آنکھ کے افقی محور سے سب سے زیادہ مطابقت کرتا ہے۔

شکل نمبر ۱۳۳



بائیں آنکھ

دائرہ نما حرکت پر ان عضلات کا سب سے زیادہ اثر اُس وقت ہوتا ہے جب کہ آنکھ اندر کی طرف گھومی ہوئی ہو کیونکہ ایسی حالت میں ان کی گردش کا محور آنکھ کے مقدم و مؤخر محور سے بڑی حد تک نزدیک ہوتا ہے۔ مقلۂ عین کے مورّبہ عضلات کی سطح بھی آنکھ کے عمودی محور کے نزدیک ہوتی ہے۔ یہ وہ محور ہے جو مقلۂ عین کو گھمانے والے عضلات کے اندر اور نیچے سے سامنے اور باہر کی طرف کو گذرتا ہے اور آنکھ کے مقدم اور مؤخر محور کے ساتھ ۳۵ ڈگری کا

زاویہ بناتا ہے۔ گویا عضلات موربہ کا بڑا فعل یہ ہے کہ وہ قرنیہ کے عمودی محور کو جھکاتے ہیں عضلہ موربہ علیا اس کو اندر کی طرف دائرہ نما حرکت دیتا ہے اور موربہ سفلی باہر کی طرف۔ علاوہ ازیں چونکہ ان عضلات کا فعل ایک قائم مرکز سے انجام پاتا ہے جو محجر کے اندر سامنے کی طرف واقع ہے اور چونکہ یہ عضلات مرکز گردش کے پیچھے آنکھ میں مدغم ہوتے ہیں۔ اس لئے ان میں سے ہر ایک آنکھ کو باہر کی طرف گھماتا ہے۔ عضلہ موربہ علیا آنکھ کو نیچے کی طرف اور موربہ سفلی اوپر کی طرف حرکت دیتا ہے۔

یہ بھی ظاہر ہے کہ موربہ عضلات کی طاقت اوپر اور نیچے کی طرف آنکھ کو حرکت دینے میں اس وقت سب سے زیادہ کام آتی ہے جب کہ آنکھ اندر کی طرف گھومی ہوئی ہو اور ان عضلات کی طاقت کا دائرہ نما حرکات پر اس وقت اثر ہوتا ہے جب کہ آنکھ باہر کی جانب گھومی ہوئی ہو۔

عمودی حرکت۔ عضلات مستقیمہ کا فعل خود ان کے نام سے ظاہر ہوتا ہے۔ ان کا فعل ان کے نام کے مطابق ہوتا ہے "علیا" اوپر کی طرف "سفلی" نیچے کی طرف حرکت دیتا ہے۔ مگر موربی عضلات کا فعل ان کے نام کے خلاف ہے۔ لہذا یوں سمجھنا چاہئے کہ موربہ علیا نیچے کی جانب اور موربہ سفلی اوپر کی طرف ترچھے طریقہ پر آنکھ کو حرکت دیتا ہے۔

افقی حرکت "موربہ و مستقیمہ علیا" عمودی محور کو اندر کی طرف گھماتے ہیں "موربہ و مستقیمہ سفلی" عمودی محور کو باہر کی طرف۔ اور موربہ عضلات کا اثر گھمانے والی حرکت پر سب سے زیادہ اس وقت ہوتا ہے جب کہ آنکھ باہر کی طرف گھمائی جائے اور مستقیمہ عضلات کا اس وقت جب کہ اندر کی طرف گھمائی جائے۔

یہ بھی یاد رکھیں کہ موربہ عضلات مجموعی حیثیت سے کام کرنے کی صورت میں آنکھ کو باہر کی طرف گھماتے ہیں اور ان کے بقیہ افعال میں باہمی تعادل ہو جاتا ہے۔ اسی طریقہ سے "مستقیمہ علیا اور سفلی" یکجائی کام کرنے کی صورت میں آنکھ کو اندر کی طرف گھمائیں گے۔ مگر ایک ہی وقت میں مختلف زوجی عضلات کا فعل عموماً طبعی حالات میں ظہور میں نہیں آتا۔

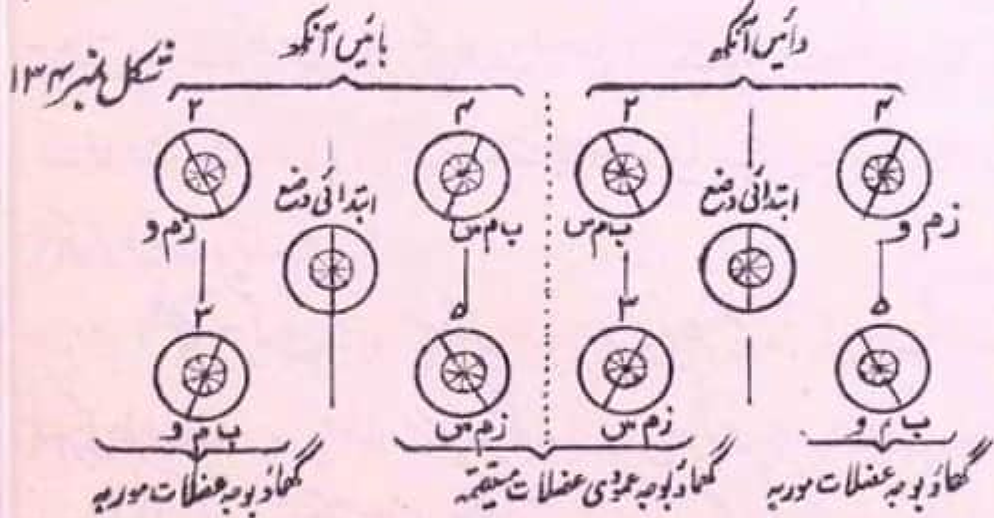
(۱) ابتدائی وضع ان تمام عضلات کی "حالت سکون" ہے۔

(۲) باہر کی طرف آنکھ کی بلا واسطہ حرکات صرف "مستقیمہ وحشیہ" کے عمل کا نتیجہ ہیں اور اندر کی طرف صرف

مستقیمہ انسیہ کے عمل سے انجام پاتی ہیں۔

(۳) سیدھے اوپر نیچے کی طرف آنکھ کی حرکات مستقیمہ علیا اور سفلی عضلات کی وجہ سے پیدا ہوتی ہیں مگر یہ عضلات تنہا کام کرنے کی صورت میں آنکھ کو کسی قدر اندر کی طرف گھماتے ہیں اور آنکھ کے عمودی محور کو کسی قدر ٹیڑھا کر دیتے ہیں۔ لہٰذا ان افعال کی اصلاح یا امداد کے لئے موربہ عضلات کی ضرورت ہوتی ہے۔

مثلاً عضلہ موربہ علیا۔ آنکھ کو اوپر اور اندر کی طرف حرکت دیتا ہے اور عمودی محور کو اندر کی طرف جھکاتا ہے "عضلہ موربہ سفلی" بھی اس کو اوپر کی طرف حرکت دیتا ہے مگر بجائے اندر کی جانب کے باہر کی طرف گھماتا ہے اور عمودی محور کو باہر کی جانب لے جاتا ہے گویا کہ جب یہ دونوں عضلات مجموعی حیثیت سے کام کرتے ہیں تو ان کا دوسرا اور تیسرا فعل ایک دوسرے کو متعادل کر دیتا ہے جس کے نتیجہ میں آخرکار آنکھ کی عمودی حرکت اوپر کی طرف ہوتی ہے۔ اسی طریقہ پر "عضلۂ مستقیمہ سفلی" کو عضلات موربہ علیا کی مدد کی ضرورت ہوتی ہے۔ آنکھ کی موربی (ترچھی) وضع کی صورت میں عمودی محور ٹیڑھا ہو جاتا ہے۔



عمودی محور میں دونوں آنکھوں کا گھماؤ موربی اوضاع میں دونوں آنکھوں کے ایک ساتھ حرکت کرنے میں محور بھی ایک ہی طرف حرکت کرتے ہیں جیسا کہ ۲-۲ اور ۳-۳ سے ظاہر ہوتا ہے۔

(۴) آنکھ کا گھومنا۔

اوپر اور باہر کو دو عضلہ مستقیمہ علیا موربہ سفلی اور مستقیمہ وحشیہ کے ذریعہ آنکھ کی حرکت عمل میں آتی ہے مگر چونکہ یہ حرکت باہر کی جانب ہوتی ہے اس لئے موربی عضلات کے گھمانے کا فعل سب سے زیادہ ہوتا ہے اور مستقیمہ کا فعل متعادل ہو جاتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا۔ ایسی صورت میں عضلہ موربہ سفلی کا فعل۔ غائب ہو جائیگا اور عمودی محور باہر کی طرف جھک جائیگا۔

(۵) نیچے اور باہر کی طرف آنکھ کا گھومنا۔ یہ حرکت مندرجہ ذیل عضلات کے فعل کا نتیجہ ہوتی ہے۔

مستقیمہ سفلی۔ موربہ علیا مستقیمہ وحشیہ۔ یہاں بھی موربی عضلات کا فعل باطل ہو جاتا ہے اور عمودی محور

اندر کی طرف جھک جاتا ہے۔

(۶) اوپر اور اندر کی طرف آنکھ کا گھومنا عضلہ مستقیمہ علیا۔ موربہ سفلی اور مستقیمہ انسیہ کی وجہ سے انجام پاتا ہے مگر اندرونی وضع کی حالت میں عضلہ مستقیمہ کا فعل موربہ سفلی کے فعل پر غالب آجاتا ہے اور عمودی محور اندر کی طرف جھک جاتا ہے۔

(۷) نیچے اور اندر کی طرف آنکھ کا گھماؤ۔ اس حالت میں مستقیمہ سفلی، موربہ علیا اور مستقیمہ انسیہ یکمیائی عمل کرتے ہیں۔ ایسی صورت میں آنکھ کا عمودی محور باہر کی طرف مستقیمہ سفلی کی وجہ سے جھکا ہوا ہوتا ہے۔

اس وقت تک علیحدہ علیحدہ ہر ایک، آنکھ کی حرکات کے متعلق بیان کیا گیا ہے۔ زندگی میں دونوں آنکھوں کی حرکات ایک ساتھ ہوتی ہیں۔ آنکھوں کی متوازی حرکات مختلف اطراف میں زوجی حرکات کہلاتی ہیں۔ دونوں آنکھوں کا اندر کی طرف گھومنا جو نزدیک والی اشیاء کے دیکھنے کے وقت عمل میں آتا ہے اس کو حرکت استدقاقی کہتے ہیں۔ زوجی حرکات استدقاقی حرکات کے ساتھ بھی ظاہر ہوتی ہیں۔

آنکھوں کی حرکت جب اوپر کی طرف ہو تو دونوں آنکھیں کسی قدر ایک دوسرے سے دور ہو جاتی ہیں جس کی وجہ یہ ہے کہ اوپر والی اشیاء آنکھوں سے دور ہوتی ہیں۔ اس کے برعکس جب نیچے کی طرف حرکت کرتی ہیں تو ایک دوسرے سے کسی قدر نزدیک ہو جاتی ہیں کیونکہ افقی سطح پر واقع ہونے والی اشیاء آنکھوں سے کسی قدر نزدیک ہوتی ہیں۔

موربی اوضاع میں آنکھوں کی زوجی حرکات خواہ ان کے مناظری محور ایک دوسرے کے متوازی ہی کیوں نہ ہوں مگر دونوں میں یکساں گھمانے والی حرکات پیدا ہوتی ہیں جیسا کہ تصویر میں دکھایا گیا ہے (ب۔پ) ابتدائی وضع کی حالت ہے۔ جب دائیں طرف یا بائیں طرف یا اوپر یا نیچے کی طرف آنکھیں گھومیں تو قرنیہ کا عمودی محور اپنی عمودی حالت میں قائم رہتا ہے۔ مگر دیگر اوضاع میں اس کا عمودی محور ایک یا دوسری طرف کو جھک جاتا ہے لیکن دونوں آنکھوں میں محور کا جھکاؤ ایک ہی طرف کو ہوتا ہے۔ مثلاً بائیں طرف اوپر دیکھتے ہیں دونوں آنکھوں کے قرنیہ کا عمودی محور بائیں طرف کو جھکتا ہے جس کی وجہ ہم آنکھوں کی الگ الگ حرکات کے سلسلہ میں بیان کر چکے ہیں۔

زوجی حرکات میں جو عضلات ایک ساتھ کام کرتے ہیں وہ "شریکی" کہلاتے ہیں مثلاً دائیں آنکھ کا عضلہ مستقیمہ انسیہ بائیں آنکھ کے مستقیمہ وحشیہ کا آنکھ کی بائیں طرف کی ہر حرکت میں شریک کار ہوتا ہے۔

عمودی حرکات میں اوپر اور نیچے دونوں آنکھوں کی حرکات میں دو دو عضلات ایک ساتھ کام کرتے ہیں گویا کہ ان کا ایک گروہ دوسرے گروہ کا شریک کار بنتا ہے۔ مگر موربی اوضاع میں جو عضلات ایک دوسرے کے شریک ہوتے ہیں ان کے افعال ایک دوسرے کے بالکل متضاد ہیں۔ مثلاً اوپر اور بائیں طرف دیکھنے میں (جانبی مستقیمہ عضلات کے علاوہ) صحیح طور پر باہمی مشارک بائیں طرف کا مستقیمہ علیا اور دائیں طرف کا "موربہ سفلی" ہوگا کیونکہ اس وضع میں بائیں آنکھ کا محور اسی سطح میں ہوتا ہے جس میں کہ عضلات مستقیمہ مگر دائیں آنکھ کا محور اس سطح میں نہیں بلکہ موربی عضلات کی سطح میں واقع ہوتا ہے۔

زوجی اور استدقاقی حرکات صرف وہ حرکات ہیں جو قوت ارادی کے ماتحت انجام پاتی ہیں۔ متبع کرنے والی (دونوں آنکھوں کو ایک دوسرے سے دور کرنے والی) حرکات طبعی حالت میں ممکن نہیں ہوتیں۔ کیونکہ زوجی بصارت کے لئے یہ حرکت سبب مانع ہے۔ افقی محور کے گرد آنکھ کا گھمانا جس کو ہم پہلے بیان کر چکے ہیں۔ خاص حدود کے اندر ہوا کرتا ہے۔

استدقاقی حرکات میں بھی کسی قدر گھماؤ پیدا ہوتا ہے مگر یہ سب غیر ارادی حرکات ہیں۔

مرئی اور حسی تعین مقام

(Objective and subjective localisation (or) orientation)

میدان بصر کا پورا نقشہ شبکیہ پر بنتا ہے اور شبکیہ پر کی ہر شبیہ نقطہ تقاطع یا آنکھ کے مرکز مناظری سے گذرنے والے ثانوی محور سے بڑھ کر باہر کی شے جس کی وہ شبیہ ہے اس پر جا کر ختم ہوتی ہے گویا کہ فضاء خارجی یا انسان کے چاروں طرف کی اشیاء کا باہمی تعلق "مرئی تعین مقام" (Objective localisation) کہلاتا ہے۔

حسی تعین مقام (Subjective localisation) وہ احساس ہے جس کے ذریعہ ہم جسم اور آنکھوں کا مقام اور بیرونی اشیاء کے ساتھ ان کے فاصلہ کے باہمی تناسب کا فیصلہ کرتے ہیں۔ اس احساس کا انحصار عضلات کی

اس طاقت پر خصوصیت کے ساتھ ہو جو ان اشیاء کو دیکھنے کے لئے آنکھوں کو قائم کرنے میں صرف ہوتی ہے۔ اسی لئے بعض اوقات احساس کے غلط ہونے کی وجہ سے چکر آنے لگتا ہے کیونکہ مجری عضلات کی طاقت عارضی طور پر جواب دے دیتی ہے۔

میدان قیام کا تعین
Field of fixation

میدان قیام جس سے محجر کے اندر چاروں طرف آنکھ کی ممکن حرکات کی حدود کا اندازہ ہوتا ہے اس میں یا ان حدود میں وہ تمام مقامات شامل ہوتے ہیں جن کو آنکھ صاف طور پر سر کو حرکت دیے بغیر دیکھ سکتی ہے اس کو معلوم کرنے کے واسطے ہم میدان بصر کو ناپنے والا آلہ استعمال کرتے ہیں۔ جیسا کہ میدان بصر کی پیمائش کے واسطے اس آلہ سے کام لیتے ہیں۔ فرق صرف اسقدر ہے کہ اس کے ہر قطر میں مریض کی آنکھ کی زیادہ سے زیادہ حرکت کو ہم نوٹ کر لیتے ہیں اور ان حرکات کی حدود کو ہم روشن موم بتی یا منظار عین کے مرآۃ کے انعکاس قرنیہ سے آلہ کی قوس پر آگے پیچھے حرکت دے کر معلوم کرتے ہیں دونوں آنکھوں کی زوجی بصارت کے میدان بصر کی تعیین میں وہ سب مقامات آجاتے ہیں جو دونوں آنکھوں نے (سر کو حرکت دیے بغیر) دیکھنے پر صرف ایک دکھائی دیتے ہیں اوسط طریقہ پر ایک آنکھ کا میدان قیام اوپر کی طرف ۴۵° باہر کی طرف ۵۰° نیچے کی طرف ۵۰° اور اندر کی طرف ۴۵° ہوتا ہے۔

حول
Strabismus

کسی شے کی طرف دیکھتے ہوئے اگر ہم چاہیں کہ وہ ایک نظر آئے تو ضروری ہے کہ دونوں آنکھوں کے مناظری محور سے اگر ایک ایک خط کھینچا جائے تو دونوں ایک دوسرے سے اسی شے پر جا کر ملیں جس کو ہم دیکھ رہے ہیں اگر ایسا نہ ہوگا تو ظاہر ہے کہ دو میں سے کسی ایک آنکھ کی وضع غیر طبعی ہے یا دونوں کی وضع خراب ہے اس حالت کو ہم "حول" کے نام سے تعبیر کرتے ہیں۔ یہ حالت کسی عضلہ کے فعل کے زیادہ موثر ہونے یا کسی عضلہ کے استرخا کی وجہ سے رونما ہوتی ہے۔ حول ہر طرف کے لئے ہو سکتا ہے مگر اس کی موربی حالت بہت کم دیکھنے میں آتی ہے۔ حول متبع اور حول استدقاقی دونوں زیادہ عام ہیں۔

خفیف حالتوں میں اس امر کا فیصلہ کرنے کے واسطے کہ کونسی آنکھ اندر یا باہر کی طرف کو جھکتی ہے ہم مریض کو تاکید کرتے ہیں کہ وہ کسی خاص شے کی طرف دیکھے اس حالت میں کسی ایک آنکھ پر فرض کیجئے بائیں آنکھ پر معالج اپنا ہاتھ رکھ کر اس کو بند کر لیتا ہے اب اگر دائیں آنکھ جو ڈھکی ہوئی نہیں ہے وہ کوئی حرکت نہ کرے تو اس کا مطلب یہ ہوگا کہ بائیں آنکھ کو بند کرنے سے پہلے یہ آنکھ اس شے کی طرف دیکھ رہی تھی۔ اب اس کے بعد مذکورہ عمل کو دہرائیں اور

بجائے بائیں آنکھ کے دائیں آنکھ کو ڈھانک لیں اور دیکھیں کہ ایسا کرنے سے بائیں آنکھ اس شے کی طرف ٹکٹکی باندھ کر دیکھنے کے لئے حرکت کرتی ہے۔ اگر حرکت کرتی ہے تو ظاہر ہو گیا کہ یہی آنکھ حول والی ہے۔ مگر یہ خیال رہے کہ یہ حرکت اس سمت کی مخالف ہوگی جس طرف کو آنکھ جھکتی ہے۔ مثلاً اگر آنکھ میں حول اندر کی جانب کے لئے ہو تو دوسری آنکھ کو بند کر دینے کے وقت یہ باہر کی طرف آکر اس شے کو ٹکٹکی باندھ کر دیکھے گی۔ مگر یہ امتحان اس وقت ناممکن ہوتا ہے جب کہ حول والی آنکھ میں بینائی بہت کم ہو گئی ہو اور اس کو بینائی کی کمی کی وجہ سے کسی شے کی طرف دیکھنے کے لئے مریض قائم نہ کر سکے۔

دوسرا عمدہ طریقہ اس کو معلوم کرنے کا یہ ہے کہ مریض کو اندھیرے کمرے میں منظارعین کی طرف دیکھنے کو کہا جائے اور دونوں آنکھوں کے قرنیہ پر منظارعین کے مرآۃ کے انعکاس کا معائنہ کیا جائے۔ مگر سب سے زیادہ بہتر امتحان وہ ہے جس میں ہم مریض کے دو اشیاء کو دیکھنے کے احساس یعنی بصارت زوجی کا مطالعہ کرتے ہیں۔

حول ظاہری (Apparent strabismus) میں جب دونوں آنکھوں کے محور کسی ایسی شے کی طرف جھکے ہوتے ہیں جس کو انسان دیکھ رہا ہو تو ایک یا دوسری آنکھ کو بند کرنے میں کسی آنکھ میں حرکت نہیں ہوتی۔ جیسا کہ حول حقیقی میں ہوا کرتا ہے۔

حقیقی حول (Real strabismus) **حول استرخائی** (Paralytic—strabismus)

حول لاحق (Concomitant strabismus) **حول خفی** (Latent strabismus)

(Muscular insufficiency) ———— (Heterophoria)

ان صورتوں میں حول صرف مخصوص حالات کے ماتحت (مثلاً ان امتحانات پر عمل درآمد کے وقت جو کہ بصارت بالعینین میں حارج ہوتے ہیں یا اس کو ناقابل حصول بنا دیتے ہیں) ظہور پذیر ہوتا ہے۔ معمولی حالات میں ان مریضوں کی "بصارت بالعینین" کامل ہوتی ہے، مگر جب عضلات کا فعل طبعی حالت سے زیادہ درکار ہو تو اس وقت ان میں یہ کمزوری عیاں ہو جاتی ہے۔

بصارت بالعینین (Binocular vision) احساس امتزاج (Sense of fusion) جب ہم کسی شے کی طرف دیکھتے ہیں تو ہماری دونوں آنکھوں کے محور مناظری اسی شے کے مقام یا اس کے نقطۂ قیام پر جا کر ملتے ہیں

یہی نقطہ ہماری دونوں آنکھوں کے قائم ہونے کا مرکز ہوتا ہے اور دونوں آنکھوں کے شبکیہ کی شبیہ ایک دوسرے میں اس طرح مدغم ہوجاتی ہیں کہ یہ مرئی شے ایک دکھائی دیتی ہے۔ یہ ادغامی فعل دماغ سے تعلق رکھتا ہے اور اسی وجہ سے دونوں آنکھوں کی بصارت متحد و واحد ہوجاتی ہے۔ تمام اشیاء جب دونوں آنکھوں سے ایک ہی فاصلہ پر اور میدان بصر کے اسی حصے میں واقع ہوں جو دونوں آنکھوں کے لئے مشترک ہے۔ تو ان اشیاء کی شبیہ دونوں آنکھوں کے شبکیہ کے ان ہی مقامات پر بنتی ہے جو کہ آپس میں ایک دوسرے کے مقابل ہوتے ہیں۔ اور اسی لئے یہ دونوں ایک دکھائی دیتی ہیں۔ دونوں آنکھوں کے نقطۂ بصارت کے لحاظ سے ان کی شبکیہ کے اندر احساس بصارت کے اختلاف سے اس شے کے خط وخال صحیح نظر آتے ہیں یعنی ان کی تفاصیل مکمل ہوجاتی ہیں۔

احساس امتزاج یعنی دماغی ارادہ صرف ایک دیکھنے کے لئے بچپن ہی سے شروع ہوتا ہے اور ہمیشہ مختلف اشخاص میں مختلف حالت میں پایا جاتا ہے۔ یہ ممکن ہے کہ ایک شے کو دیکھنے کے لئے دونوں آنکھیں اس پر مرکز ہوں اور ان دونوں آنکھوں کی دونوں شبیہیں صحیح ادغام نہ پایا جائے۔ اسی وجہ سے صرف ایک آنکھ کی شبیہ کو دماغ محسوس کرے اور دوسری آنکھ کی شبیہ کو بالکل نظر انداز کر جائے، جیسا کہ منشور مثلثی کے استعمال کے باوجود صحیح آنکھوں میں بصارت زوجی کے پیدا کرنے سے ہم قاصر رہتے ہیں کیونکہ منشور مثلثی کے استعمال سے دونوں شبیہ الگ الگ ہوجائیں گی جیسا کہ ظاہر ہے مگر پھر بھی ہم ایک ہی شبیہ کو دیکھتے ہیں جس کا مطلب سوائے اس کے اور کچھ نہیں کہ دوسری شبیہ کو دماغ نظر انداز کر دیتا ہے یعنی محسوس ہی نہیں کرتا۔

یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ بعض افراد میں مذکورہ طریقہ پر بصارت باعینین کو ضائع کرنے کی کوشش سے امتزاج شبیہات پر خراب اثر پڑتا ہے اور بعض لوگوں میں معاملہ اس کے برعکس ہوتا ہے۔

بصارت باعینین کو صحیح طور پر معلوم کرنے کے لئے کہ آیا یہ کسی شخص میں موجود ہے یا نہیں۔ اس شخص کو پڑھنے کے لئے کتاب دی جائے اور کتاب و مریض کی آنکھ کے درمیان حروف کے ساتھ زاویہ قائمہ بناتے ہوئے ایک پنسل رکھی جائے اب اگر اس کی بصارت باعینین قائم ہے تو پنسل کے رکھنے کے باوجود پڑھنے میں کوئی شکایت پیدا نہ ہوگی، ورنہ مریض پنسل کے پیچھے نہ پڑھ سکے گا۔ کتاب پڑھنے والا خود بھی پہلے دونوں آنکھیں کھول کر اور اس کے بعد ایک آنکھ بند کرکے اپنے متعلق یہ تجربہ کر سکتا ہے۔

دوسرا طریقہ (Haring's drop experiment) کے نام سے موسوم ہے۔

۵ء۲ سنٹی میٹر لمبا اسطوانہ (نلکی) اس قدر چوڑا لیا جائے جس کے اندر ایک شخص کی دونوں آنکھیں آجائیں، اس کے دوسرے سرے پر دو تار ۱۸ انچ لمبے ایسے لگے ہوں جو باہر کی طرف ٹیڑھے ہونے کی وجہ سے اندر سے دکھائی نہ دیں۔ ان دونوں تاروں کے دونوں سروں سے ایک تاگا باندھ دیا جائے جس کے وسط میں ایک موٹا موتی پرو دیا جائے جو کہ تاگے کے وسط میں رہے۔ تاکہ جس وقت مریض اس اسطوانہ سے دیکھے تو اس کو یہ موتی بیچ میں دکھائی دے۔ امتحان کرتے وقت مریض اس اسطوانہ کو اپنی آنکھوں سے لگائے اور اس کے اندر سے دوسری طرف کو دیکھے۔ مذکورہ تاگا افقی حالت میں ہو، اور اس میں پروئے ہوئے موتی کی طرف مریض ٹکٹکی باندھ کر دیکھے۔ اسی حالت میں مٹر یا چھوٹے چھوٹے دانے اوپر سے گرائے جائیں یہی عمل پندرہ بیس مرتبہ کیا جائے۔ بعض دانے تاگے کے اس طرف اور بعض اس طرف گریں اگر مریض کی بصارت بالعینین طبعی حالت میں ہوگی تو وہ ہر مرتبہ یہ بتا سکے گا کہ گرتا ہوا دانہ تاگے کے کس طرف ہے۔ اگر اس کی بصارت بالعینین صحیح نہ ہوگی تو صرف اندازے سے کہے گا کہ دانے کہاں گر رہے ہیں۔ اسی طرح جب وہ صرف ایک آنکھ سے دیکھے تو بھی عام طور پر اس اندازہ میں غلطی کرے گا۔

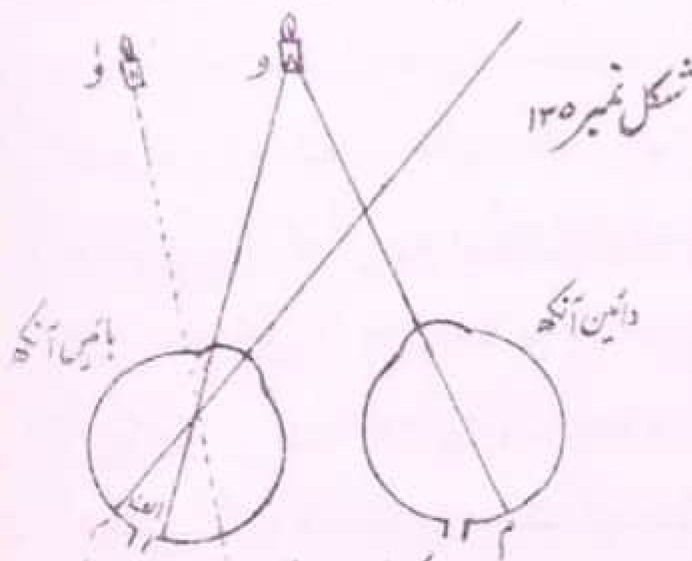
زوجی بصارت
(Diplopia)

بصارت زوجی یا اشیاء کا دو دو دکھائی دینا، عام طور پر دونوں آنکھوں کو کسی چیز کی طرف ایک وقت میں قائم نہ کر سکنے کی وجہ سے ہوتا ہے۔ ہر آنکھ سے مرئی شے کی ایک ایک نقل نظر آتی ہے یعنی دونوں آنکھوں کی دونوں شبیہ کا ادغام آپس میں نہیں ہوتا اور ایک آنکھ بند کرنے پر صرف ایک شے دکھائی دیتی ہو۔ ایسی حالت میں اس کو زوجی بصارت بالعینین کہتے ہیں۔

جو کہ حول کی حالت میں خاص طور پر پائی جاتی ہے جب کہ اس کے قبل بصارت بالعینین صحیح حالت میں ہو اس کے علاوہ ایک آنکھ والی زوجی بصارت بھی پائی جاتی ہے جس کو (Monocular diplopia) کہتے ہیں اس میں ایک ہی آنکھ کے اندر شے کی دو مختلف مقامات پر باہر کی شے کی دو شبیہ بنتی ہیں۔ یہ حالت مختلف حصص چشم کی انعطافی طاقت کے اختلاف، جنینی موتیا بند، خلع عدسی، سداد بصر، ایک آنکھ میں دو حدقہ عین کی موجودگی، دماغی امراض جس میں عضلہ مستقیمہ وحشیہ کا استرخا بھی ہو۔ ان سب چیزوں کے نتیجہ میں پیدا ہوتی ہے۔

زوجی بصارت بالعینین، وہ حالت ہو جس میں عام طور پر مریض کو ہر شے دو دو دکھائی دیتی ہے، اس حالت میں آنکھ جو کسی شے کی طرف دیکھ رہی ہو اس کے اندر کی شبیہ صادق ہوتی ہو گر دوسری شبیہ جس کا تعلق اس آنکھ سے

جو کہ اپنی طبعی حالت سے ہٹی ہوئی ہے وہ کاذب ہوتی ہے اور چونکہ موخرالذکر شبیہ بقعہ صفراوی پر نہیں ہوتی۔ اسی وجہ سے یہ صاف نہیں ہوتی، اور یہ آنکھ کے گھومنے کے خلاف جانب ہوتی ہے، گویا کہ زوجی بصارت آنکھ کے مقام کے خلاف جانب پائی جاتی ہے اور جس وقت ماؤف آنکھ والی شبیہ اس جانب ہو جدھر کہ ماؤف آنکھ ہے تو ایسی صورت میں ہم اس کو "شفع اسمی یا شفع اشتراکی" کہتے ہیں (Homonymous double vision)۔ اس لئے ازدواجی شفع اشتراکی" میں دونوں آنکھوں کے محور ایک دوسرے کی جانب جھکے ہوتے ہیں۔ ذیل کی تصویر میں دکھایا گیا ہے کہ " استرخائی استدقاقی حول " میں شفع اشتراکی رونما ہوتا ہے۔ اس میں دائیں آنکھ (و) شے کی طرف دیکھتی ہے اور اس کی شبیہ دائیں آنکھ میں (م) پر منتج ہے مگر بائیں آنکھ عضلہ وحشیہ کے استرخا کی وجہ سے بقعہ صفراوی سے زیادہ اندر کی طرف ہٹ جاتی ہے (حول اندرونی) اس کا محور مناظری (م۔ی) سے باہر کی طرف رہتا ہے اور (و) کی شبیہ بقعہ صفراوی کے اندر کی طرف مقام الف پر منتج ہے۔



اب سوال پیدا ہوتا ہے کہ یہ شبیہ آنکھ کے باہر شے (و) سے کھینچ کر الف تک لانے میں اس خط پر کیوں نہیں ہوتی اس کی وجہ یہ ہے کہ مریض کو آنکھ کے اندر کی طرف مڑنے کا احساس بالکل نہیں ہوتا اور چونکہ اس سے قبل ہمیشہ دونوں آنکھوں کی شبیہ کو ایک دوسرے کے ساتھ وہ مدغم کرنے کا عادی تھا (دونوں آنکھوں کے محور مناظری کو اگر آگے کی طرف بڑھائیں تو وہ اس شے پر پہونچ کر ایک دوسرے سے ملتے تھے) اس لئے اب بھی وہ یہی خیال کرتا ہے اور خط (م۔ی) کو (ی۔الف) کی جگہ پر تصور کرتا ہے۔ اسی کے ساتھ اس کو یہ بھی احساس ہوتا ہے کہ بقعہ صفراوی (م) کی جگہہ (ام) پر ہے۔

اگر یہ فرض کر لیا جائے کہ ایسا ہی ہے تو یہ امر پوشیدہ نہیں رہتا کہ اس مقام کی جگہہ (م) کے اندر کی جانب (الف) پر ہوگی اور اس مقام پر بنی ہوئی شبیہ آنکھ کے باہر اس خط پر جائے گی جو الف سے (وُ) تک پہونچتا ہے اور مریض یہ خیال کرے گا کہ (و) کی جگہ (وُ) پر ہے، یعنی جس طرح کہ وہ بائیں آنکھ سے دکھائی دیتی ہے۔

اب اگر ہم یہ فرض کریں کہ بائیں آنکھ باہر کی طرف پھر گئی ہے تو ظاہر ہے کہ (و) کی شبیہ بقعہ صفراوی کے باہر کی

جانب بنے گی۔ اور اس طرح فضا میں ہم اس کے صحیح مقام سے دائیں جانب اس کو ہٹا ہوا دیکھیں گے، گویا کہ اس صورت میں دائیں شبیہ بائیں آنکھ کی ہوگی اور بائیں شبیہ دائیں آنکھ کی۔ اس حالت کو ہم متقاطع زوجی ابصارت "Crossed diplopia) کہتے ہیں، اور اس کو دونوں آنکھوں کے محور مناظری کی حالت اتساع تصور کریں گے، اس کو ہم ایک تجربہ کے ذریعہ ثابت کرسکتے ہیں وہ یہ کہ جب ہم انگلی آنکھ کے سامنے کھڑی کریں اور اس کے دوسری طرف کسی دور والی چیز پر نظر ڈالیں تو یہ انگلی دو دکھائی دے گی۔ اب اگر ہم اپنی دائیں آنکھ بند کریں تو بائیں طرف والی انگلی غائب ہوجائے گی۔ اس حالت میں زوجی ابصارت پائی جائے گی کیونکہ انگلی دیکھنے کے لئے جس قدر استدقاقی حالت میں محوروں کو ہونا چاہئے اس سے کم ان کے اندر استدقاق پایا جاتا ہے، گویا کہ ان کے اندر نسبتاً اتساع موجود ہے

اب اگر ہم اپنی نظر کو انگلی پر جمائیں تو اس انگلی کے پیچھے والی شے دو نظر آوے گی۔ مگر دائیں آنکھ بند کرنے پر اس میں سے داہنی طرف والی شے غائب ہوگی اور بائیں آنکھ بند کرنے پر بائیں طرف والی غائب ہوگی۔ یہ بھی وجی شفع اشتراکی" کی حالت ہوگی، کیونکہ آنکھ کے محور مناظری دور کی شے کی طرف دیکھنے کی حالت میں زیادہ استدقاقی ہوتے ہیں، مذکورہ حالت غیر طبعی نہیں ہے۔ مگر عادت کی وجہ سے ہم کو اس کا خیال نہیں ہوتا۔ کیونکہ شبیہ اپنے نقطہ صفراوی پر نہ ہونے کے باوجود ہم اس کا پوری طرح احساس نہیں کرتے۔ لیکن بغیر شعور کے یہ حالت ہم کو یہ بتا دیتی ہے کہ یہ اشیاء اس شے سے جس پر ہم نظر جمائے ہوئے ہیں دور ہیں یا نزدیک؟

اب اگر کوئی آنکھ اوپر یا نیچے کی طرف مڑی ہوئی ہو تو اس کی مماثل شبیہ نیچے یا اوپر کی طرف آنکھ کے باہر ہوگی یعنی ان کا عمودی محور میں مڑنا شبیہ کو الٹی طرف لے جاتا ہے۔ دونوں آنکھوں کے درمیانی زاویہ کا فاصلہ حول والی آنکھ کے مڑنے والے زاویہ کے برابر ہوتا ہے۔ مگر جیسے جیسے ہم ان شبیہ والے خطوط کو آنکھ کے باہر لے جائیں اسی قدر یہ شبیہ ایک دوسرے سے دور ہوجاتی ہیں۔

منشور مثلثی انعطافی واسطے ہیں جن کی سطحیں آپس میں زاویہ بناتی ہیں، ان کا پتلا کنارہ چوٹی کہلاتا ہے، الف زاویہ انعطاف اور اس کے بالمقابل موٹا حصہ اس کا قاعدہ ہے۔ منشور مثلثی میں سے گذرتے ہوئے شعاع نور دو مرتبہ اس کے قاعدہ کی جانب منعطف ہوتی ہے (ملاحظہ ہوں مناظریات کے ابتدائی اصول)

اگر ہم منشور مثلثی میں سے کسی شے کو دیکھیں تو وہ اس کی چوٹی کی طرف ہٹی ہوئی معلوم ہوتی ہے۔

منشور مثلثی کے نمبروں کا تعین ان کی طاقت کے مطابق

منشور مثلثی کے انعطافی زاویہ کے لحاظ سے اس کے نمبر مقرر کئے جاتے ہیں یعنی جس قدر یہ انعطافی زاویہ بڑا ہو اسی قدر منشور مثلثی زیادہ طاقت کا ہوتا ہے۔ منشور مثلثی کا زاویہ انعطافی ہم اس زاویہ کو کہتے ہیں جو منشور کی چوٹی پر اس کی دو سطحوں کے ملنے سے بنتا ہے، اس زاویہ کو ہم ڈگریوں کے ذریعہ سے ظاہر کر سکتے ہیں اور منشور کو ہم ۱ ڈگری۔ ۲ ڈگری علی ہذا القیاس ۳ ڈگری کا کہتے ہیں۔ مگر یہ طریقہ صحیح نہیں ہے کیونکہ زاویہ انعطاف کے علاوہ منشور میں دوسری چیز بھی انعطاف شعاع پر اثر انداز ہوتی ہے، اور وہ مثلاً اس شیشے کا تناسب انعطافی ہے جس سے یہ منشور بنا ہوا ہو۔ اسی وجہ سے اگر منشور مثلثی دو قسم کے شیشوں سے بنے ہوں تو ان کا زاویہ انعطاف ایک ہونے کے باوجود ان کے اندر سے شعاع نور گذرتے ہوئے مختلف حد تک منعطف ہوگی اور اسی وجہ سے ماہرین کا خیال ہے کہ منشور کا نمبر ان کے زاویہ انعطاف کے لحاظ سے مقرر کرنے چاہئیں جن کو ہم (Centrads) متوجہ الی المرکز یا منشوری بصریہ کی صورت میں ظاہر کر سکتے ہیں۔

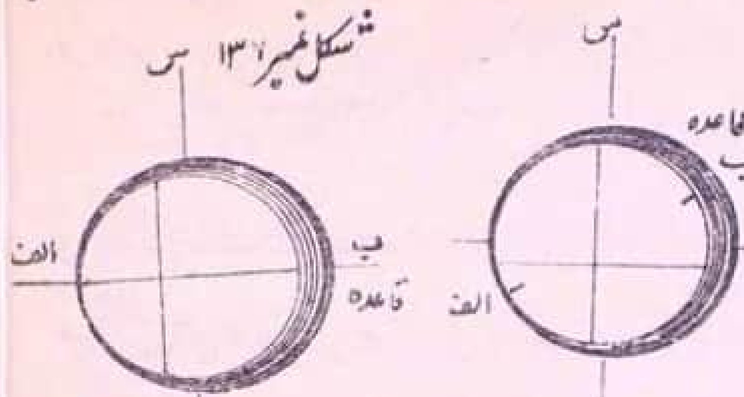
متوجہ الی المرکز (Centrads) وہ انعطاف ہے جس کا انحناء اس کے نصف قطر کا سوواں ($\frac{1}{100}$) حصہ ہو، اور منشور بصریہ کے معنی یہ ہیں کہ خط مماثل یعنی عمود نصف قطر کے $\frac{1}{100}$ ہو۔

مذکورہ تینوں طریقے تمام عملی کاموں میں یکساں مفید ہیں۔ ان سب میں بہتر یہ ہے کہ زاویہ کے بجائے انعطاف کو ہم ڈگریوں میں ظاہر کریں۔

عینکوں میں استعمال کئے جانے والے منشور اور ان کے قاعدہ و چوٹی کے خط کے پہچاننے کا طریقہ

عینکوں میں لگائے جانے والے منشور مثلثی گول بنائے جاتے ہیں، تاکہ وہ عینک میں استعمال کئے جا سکیں، ان کے قاعدہ کا دبیز ہونا اور چوٹی کا پتلا ہونا ان کے پہچاننے کے واسطے کافی ہے، مگر کم طاقت والے منشور مثلثی میں ان کی شناخت مشکل ہوتی ہے۔ ایسی صورت میں ان کے اندر سے اشیاء کو دیکھ کر با آسانی ہم ان کو پہچان سکتے ہیں۔ اگر ایک آنکھ بند کر کے منشور کو ہم سامنے رکھیں یا اس کو آنکھ کے سامنے گھمائیں تو سامنے کی شے دائرہ نما صورت میں حرکت کرتی ہے، اس کے معلوم کرنے کا بہترین اور آسان طریقہ ذیل میں درج ہے۔

آنکھ کے سامنے مگر آنکھ سے ذرا دور - زاویہ قائمہ بنانے والے دو خطوں کے مقابلہ میں منشور کو اس طریقہ پر رکھیں کہ یہ خطوط شیشے کے باہر اور اندر سے نظر آویں اگر چوٹی الف اور قاعدہ (ب) دونوں مقام منشور کے افقی ہوں تو عمودی خط (س - د) اس کی چوٹی کی طرف ہٹا ہوا معلوم ہوگا - مگر منشور اگر ذرا بھی ٹیڑھا ہو تو ظاہر ہے کہ عمودی اور افقی خطوط دونوں اپنے مقام سے ہٹے ہوئے معلوم ہوں گے ۔

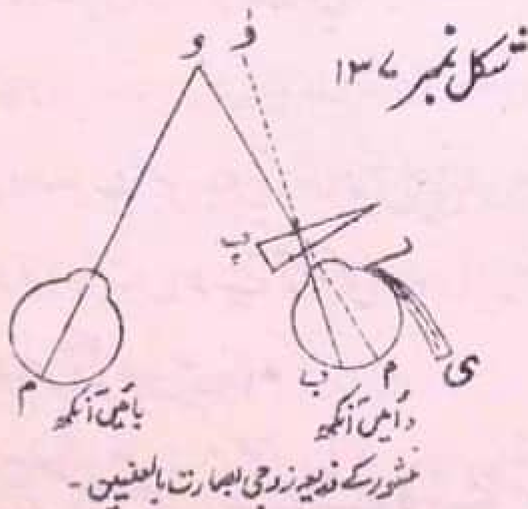


منشور افقی وضع میں رکھا ہے صرف عمودی خط اپنی جگہ سے ہٹا ہے۔

منشور عمودی وضع میں رکھا ہوا ہے عمودی اور افقی دونوں خطوط اپنی جگہ سے ہٹے ہیں۔

بصارت بالعینین پر منشور مثلثی کا اثر

اگر دونوں آنکھوں کو کھول کر ایک آنکھ کے سامنے منشور مثلثی رکھ دیا جائے تو اس کا فوری اثر یہ ہوگا کہ بصارت زوجی پیدا ہو جائے گی - جو ممکن ہے کہ قائم رہے یا عضلات کے فعل سے درست ہو کر اصل حالت پر آجائے ۔



منشور کے ذریعہ زوجی بصارت بالعینین۔

(و) پر جو شے ہے اس کی شبیہ بقعہ صفراوی پر پڑتی ہے (م) بائیں آنکھ میں - بقعہ صفراوی سے ہٹی ہوئی (م) دائیں آنکھ میں - منشور کے ذریعہ ہٹ کر قاعدہ کی جانب منعطف ہو کر شبکیہ کے مقام (ب) پر پڑتی ہے جو کہ عضوی حیثیت سے بائیں آنکھ کے مقام (م) کے مماثل نہیں ہے (و) دائیں آنکھ کو مقام (وَ) پر نظر آتا ہے اور اس طرح گویا دو شے دکھائی دیتی ہیں - غیر ارادی طور پر یہ کوشش جاری رہتی ہے کہ اس آنکھ کا مقام (م) بقعہ صفراوی (ب) کے مقام پر آجائے، اور یہ کوشش عضلہ مستقیمہ وحشیہ کے ذریعہ انجام پاتی ہے اور پھر مریض کو اشیاء دو دو کے بجائے ایک ایک دکھائی دینے لگتی ہیں - اگر ہم منشور کی طاقت کو بڑھاتے جائیں تو ایک وقت ایسا آئے گا کہ عضلہ مستقیمہ وحشیہ کے کام کرنے کے باوجود بھی بصارت زوجی قائم رہے گی - اس طریقہ سے ہم عضلہ کی طاقت کا موازنہ کر سکتے ہیں اور بصارت زوجی کو درست کرنے کے سلسلہ میں ہم اس امر کا بھی مشاہدہ کر سکتے ہیں کہ آنکھ کا محور (ب - ب) کی

وضع میں ہوگیا ہے۔ یعنی آنکھ کی استدقانی قوت کم ہوگئی ہے۔ گویا کہ اس طرح ہم کو عضلہ مستقیمہ انسیہ کی انقباضی کوشش کو کسی قدر کم کرنا ہوتا ہے جس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ جو عضلہ منشور کی چوٹی کی طرف ہوتا ہے اس میں انقباض اور اس کے قاعدہ کی طرف والے عضلہ میں انبساط پیدا ہو جاتا ہے۔

جو منشور مثلثی گھمانے والے کہلاتے ہیں وہ در اصل ایسے دو منشوروں کے ملانے سے بنتے ہیں جن کی طاقتیں یکساں ہوتی ہیں۔ یہ دونوں ایک دوسرے سے اپنے قاعدوں پر ملے ہوتے ہیں اور ان میں سے ہر ایک مرکز کے مقابل جانب میں گھومتا ہے۔ یہ ایک مفید آلہ ہے جس کے ذریعہ صفر سے لیکر دونوں مرکب منشور مثلثی کی طاقت تک بتدریج اس کی حالت کو معلوم کر سکتے ہیں۔

ماہر میڈکس (Maddox-) یا ماہر لینیڈر لٹ کے دو ایسے منشور اس کی مثال میں پیش کئے جا سکتے ہیں۔

منشور کا استعمال

(۱) بصارت زوجی پیدا کرنے کی وجہ سے ہم منشور کو عضلات کی طاقت معلوم کرنے کے لئے استعمال کر سکتے ہیں۔ (الف) عضلات کی کمزوری معلوم کرنے کے لئے (ب) مخفی انعطاف یا عضلات کی کمزوری کے معائنہ کے لئے (ج) کمزور عضلات کو ورزش کے ذریعہ طاقت ور بنا سکتے ہیں (د) بصارت بالعینین کا معائنہ کر سکتے ہیں (ہ) ایک آنکھ میں اندھاپن کا بہانہ کرنے والے اشخاص کا صحیح معائنہ کر سکتے ہیں۔

(۲) استرخاء یا کمزوری عضلات کی صورت میں بصارت زوجی کی اصلاح یا پیمائش۔

عینک کے طور پر منشور مثلثی کا استعمال

۴ ڈگری سے زیادہ طاقت والے منشور مثلثی کو شاذ و نادر ہی مریض عینک میں لگا سکتے ہیں۔ کیونکہ اس سے زیادہ طاقت کے منشور میں وزن اور لونی اثرات مخل ہوتے ہیں ان سے چشمہ زیادہ بھاری ہو جائے گا اور اس کے اندر سے اشیاء رنگین نظر آئیں گی۔ آنکھ کے سامنے رکھے ہوئے منشور مثلثی کی وضع اس کے قاعدہ سے ظاہر ہوتی ہے مثلاً ہم دیکھتے ہیں کہ ۳ ڈگری کے منشور کا قاعدہ اوپر، نیچے باہر، اندر جیسی بھی حالت ہو ہو سکتا ہے۔

مجحری عضلات کا استرخاء

اب ہم اُن علامتوں کو بیان کرتے ہیں جو مجحری عضلات کے استرخاء میں پائی جاتی ہیں۔ مگر اس مقالہ

ہیں اس کے اسباب یا ماؤف مقامات کے متعلق کچھ ذکر کیا جائے گا، یہ علامتیں عمومی ہوسکتی ہیں یعنی ان کا اثر جملہ عضلات پر ظاہر ہوسکتا ہے اور خصوصی حیثیت بھی اختیار کرسکتی ہیں یعنی ان کا تعلق صرف کسی خاص عضلہ سے ہو جس کے ماتحت وہی عضلہ مسترخی ہوگیا ہو۔

عمومی علامات

(۱) حول جو کہ متضاد عضلات کے فعل سے ظہور پذیر ہوتا ہے اس کو ہم ابتدائی انحراف وضعی (Deviation) کہتے ہیں، جو کہ ماؤف عضلہ کے مخالف سمت میں ظاہر ہوتا ہے۔

(۲) ماؤف عضلات کے طبعی افعال کا ضعف یا بطلان (۳) حول کی وجہ سے بصارت زوجی کا ظہور، ممکن ہے کہ خفیف استرخاء کی حالت میں بصارت زوجی پوری طرح عیاں نہ ہو صرف دونوں آنکھوں کی شبیہ آپس میں کامل طور پر مدغم نہ ہوسکیں جس کی وجہ سے بصارت میں خرابی پیدا ہو یا اس کی صفائی میں فرق آجائے (۴) دوار۔ رفتار میں لغزش جس کا باعث کسی حد تک بصارت زوجی ہوتی ہے (۵) کسی حد تک حول کی وجہ سے آنکھ کے باہر کی اشیاء کا غلط ارتسام (کاذب شبیہ (False projection) جس کی وجہ سے چلنے پھرنے اور کام کاج کرنے میں مشکلات پیش آتی ہیں۔ یہ اثر بالخصوص اس وقت نمایاں ہوتا ہے جب کوئی ایسا عضلہ ماؤف ہو جو آنکھ کو نیچے کی طرف گھماتا ہے (۶) بصارت زوجی کو کم کرنے کی یا بالکل زائل کرنے کی غرض سے بعض مریض اپنے سر کو ماؤف عضلہ کے سمت میں پھیر لیتے ہیں۔ مثلاً بائیں عضلہ مستقیمہ وحشیہ کے ماؤف ہونے کی صورت میں سر کو بائیں طرف اور عضلہ مستقیمہ انسیہ کے ماؤف ہونے کی حالت میں سر کو دائیں طرف گھماتے ہیں ایسا کرنے سے ماؤف عضلہ کے فعل کو مریض کم محسوس کرتا ہے بخصوصاً ان اشیاء کو دیکھتے وقت جو کہ اس کے چلتے وقت ٹھیک راستے میں آتی ہیں۔ کیونکہ اس حرکت سے آنکھ تندرست عضلہ کی طرف گھوم جاتی ہے، اور ایسا کرنے سے بصارت بالعینین کے حصہ میں بصارت زوجی کم ہوجاتی ہے (جس میں دونوں آنکھیں کسی چیز کی طرف دیکھ رہی ہوں) اور بعض مریض ایسی حالت میں ماؤف آنکھ ہی کو بند کر لیتے ہیں۔

مذکورہ علامات سے معلوم ہوگا کہ نمبر ۱ و ۲ و ۶ علامات مرئیہ اور ۳ و ۴ و ۵ علامات حسیہ ہیں محیطی استرخاء کی صورت میں کوئی ایک عضلہ یا کئی ایسے عضلات ماؤف ہوتے ہیں جن کے اندر ایک عصب اپنے الیاف پہونچاتا ہے۔ تیسرا، چوتھا یا چھٹا عصب ماؤف ہوسکتا ہے، اور مستثنیات بھی ہوسکتے ہیں، بالخصوص جب کہ کوئی سلعہ جمجمی قاعدہ پر پیدا ہو رہا ہو۔

عضلہ مستقیمہ علیا کا استرخاء ۔

(۱ و ۲ و ۳) حول کی صورت میں آنکھ کی حرکات کا معائنہ — عضلہ موربہ سفلی کا استرخاء نمبر ۱ تصویر میں نقص ہے یعنی دائیں طرف اوپر دیکھنے میں بائیں آنکھ اوپر کو پوری نہیں جاتی ۔

(۴) سامنے دیکھنے میں بائیں آنکھ نیچے کو رہ جاتی ہے ۔

(۵) اوپر کو دیکھنے میں بائیں آنکھ اوپر نہیں جاتی ۔

(۶) بائیں طرف اوپر کو دیکھنے میں بائیں آنکھ اوپر نہیں جاتی ۔

(۷) دائیں طرف اوپر دیکھنے میں بائیں آنکھ خفیف سی اوپر کو جاتی ہے پوری طرح نہیں اوپر جاتی ۔

تصویر ۱۳۷/ب — متعلق صفحه ۵۶۶ و ۵۷۰ و ۵۷۲ — کتاب العین

۳ ۲ ۱



۴



۵



۶



۷



عضلات مجری کے استرخاء والے مریضوں کے مرضی مطالعہ میں انہماک کے وقت ذیل کے عام اصولی معلومات کا خیال رکھیں ۔

(۱) حرکات چشم کی خرابی اور بصارت زوجی، ماؤف عضلہ کی سمت میں بصارت زوجی کی زیادتی ۔ اگر بایاں عضلہ وحشیہ مستقیمہ ماؤف ہو تو بائیں طرف اور بایاں عضلہ انسیہ مستقیمہ ماؤف ہو تو دائیں طرف ایسا ہوتا ہے ۔

(۲) اگر ماؤف آنکھ کسی شئے کی طرف دیکھ رہی ہو تو تندرست آنکھ کا ثانوی انحراف ابتدائی انحراف سے زیادہ ہوتا ہے ۔ کیونکہ تندرست آنکھ کا وہ عضلہ جو اپنے فعل میں ماؤف آنکھ کے مسترخی عضلہ کے مشارک ہوتا ہے اس کے اندر بھی تحریک مسترخی عضلہ کے اندر کی عصبی تحریک کے برابر ہوگی، اور یہ ظاہر ہے کہ مسترخی عضلہ کو کام میں لانے کے لئے طبعی حالت سے بہت زیادہ عصبی تحریک کی ضرورت ہوتی ہے، لہٰذا دوسری آنکھ کے تندرست عضلہ میں بھی یہ تحریک بہت زیادہ قوی ہوگی اور اس کا طبعی فعل بہت زیادہ ہو جائے گا ۔

فرض کیجئے کہ بایاں عضلہ مستقیمہ وحشیہ مسترخی ہے، اس صورت میں اگر ہم مریض کی دائیں آنکھ کو ڈھانک کر اس سے کسی شئے پر بائیں آنکھ کی نظر جمانے کو کہیں جو اس کے بائیں طرف ہو ۔ اب اگر ہم اس کی دائیں آنکھ پر سے اپنا ہاتھ ہٹائیں تو صاف معلوم ہوگا کہ اندر کی طرف دائیں آنکھ بائیں آنکھ کے انحراف سے کہیں زیادہ منحرف ہوگئی ہے، اور اب اس شئے کی طرف نظر جمانے کے لئے دوبارہ اس آنکھ کو باہر کی طرف گھوم کر آنا ہوگا ۔

(۳) ماؤف آنکھ کے شبکیہ پر جو شبیہ بنتی ہے اس کو اگر باہر کی طرف فضا میں لے جایا جائے تو ظاہر ہے کہ وہ شئے مریض کے مسترخی عضلہ کی سمت میں معلوم ہوگی، دوسرے الفاظ میں اس کو ہم یوں بیان کرسکتے ہیں کہ کاذب شبیہ کا مقام اسی طرف ہوگا جس طرف کہ طبعی عضلہ کا فعل انجام پاتا ہے، کیونکہ آنکھ کا انحراف مسترخی عضلہ کی مقابل سمت میں ہوتا ہے ۔ مثلاً بایاں عضلہ مستقیمہ وحشیہ مسترخی ہو تو اس آنکھ کی شبیہ دائیں آنکھ کی شبیہ کے بائیں جانب ہوگی اور جب صرف ماؤف آنکھ سے کسی شئے کی طرف نظر جمائی جائے یا جب ماؤف آنکھ کسی شئے کی طرف دیکھے تو بصارت زوجی بصارت بالعینین کے مقابلہ میں تقریباً دوگنا زیادہ ہو جائے گی ۔

آنکھ کا انحراف (گھماؤ) یا حول استرخائی عضلہ کی مقابل سمت میں ہوگا، اور تمام دوسری علامتیں مثلاً حرکت کی کمی، غلط ارتسام یعنی شبیہ کاذب، بصارت زوجی کی زیادتی، آنکھ کا ثانوی انحراف، اور سر کی وضع مسترخی ۔

عضلہ کی سمت میں ہوگی۔

اب ہم انفرادی طور پر عضلات کی استرخائی علامتوں کو ذکر کرتے ہیں۔

بائیں آنکھ کے عضلہ مستقیمہ وحشیہ کا استرخا

اگر اس عضلہ کا استرخا کلی بہت زیادہ ہو تو اس کی تشخیص آسان ہے، کیونکہ استدقاقی حول کے علاوہ آنکھ (مقلۂ چشم) کی حرکات یا اس کا انحراف باہر کی طرف ہونے میں بین خرابی رونما ہوتی ہے، اور مریض بصارت زوجی کی شکایت بیان کرتا ہے اس کا سر بائیں طرف کو گھوما ہوتا ہے تاکہ مسترخی عضلہ کی خرابی کو کسی قدر کم کرسکے۔

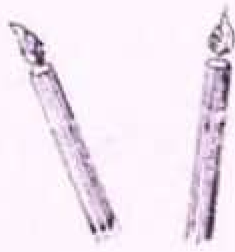
جب استرخا جزئی اور خفیف ہو تو ممکن ہے کہ مریض خاص طور پر بصارت زوجی کی شکایت نہ بیان کرے، اور بجائے زوجی بصارت کے وہ کہے کہ اشیاء کو صاف طور پر نہیں دیکھ سکتا۔ یا اشیاء پھیلی ہوئی نظر آویں، بالخصوص جب کہ وہ بائیں طرف کو دیکھتا ہو۔ ایسی صورت میں تشخیص کے لئے زوجی شبیہ کا معائنہ ضروری ہے۔ اس مقصد کے لئے جلتی ہوئی ایک لمبی موم بتی کام میں لائی جاتی ہے، اور ایک آنکھ مثلاً بائیں کو سرخ شیشے سے ڈھانک دیا جاتا ہے تاکہ دونوں آنکھوں کی شبیہ کو علٰحدہ علٰحدہ پہچانا جاسکے۔ اب موم بتی کو مریض کی آنکھ کے سامنے اس طرح رکھیں کہ یہ آنکھوں کی سطح کے برابر اونچی رہے اور مریض کی آنکھ سے اس کا فاصلہ ۳ میٹر ہو اس کے علاوہ مریض کی آنکھیں بھی ابتدائی حالت میں ہوں۔

(الف) اس حالت میں دونوں آنکھوں کی شبیہ ایک دوسرے کے بہت نزدیک ہوتی ہیں، یا ایک دوسرے پر چڑھی ہوئی دکھائی دیتی ہیں، دونوں شبیہ سیدھی اور ایک ہی سطح پر نظر آتی ہیں۔ جن میں سے سرخ بائیں طرف اور سفید دائیں طرف دکھائی دیتی ہے (شفع اشتراکی Homonymous diplopia) یہ استدقاقی حالت ایک یا دوسرے عضلہ مستقیمہ وحشیہ کے استرخا سے پیدا ہوتی ہے لیکن تجربہ کی اس منزل میں ابھی ہم یہ نہیں کہہ سکتے کہ کونسا عضلہ ماؤف ہوا ہے۔ اس کو معلوم کرنے کے لئے۔

(ب) بتی کو ایک طرف سے دوسری طرف لیجائیں اور بتی کو حرکت دیتے وقت اس کی دونوں شبیہ کے درمیان بڑھتے یا گھٹتے ہوئے فاصلہ کا خیال رکھیں اور اس کو لکھ لیں، اگر بتی آہستہ آہستہ دائیں طرف لے جائی جائے اور مریض اس طرف بغیر سر گھمائے ہوئے غور کے ساتھ دیکھتا ہے تو دونوں آنکھوں کی شبیہ یا ایک دوسرے کے نزدیک تر ہو جائے گی یا صرف ایک بتی دکھائی دے گی۔

مگر جب بتی کو مریض کے بائیں طرف لے جائیں تو دونوں آنکھوں کی شبیہ ایک دوسرے سے دور ہوتی جائے گی لیکن ان کے باہمی فاصلہ کا تناسب قائم رہے گا اس طرح ہم کو معلوم ہوتا ہے کہ بایاں وحشی عضلہ مستقیمہ ماؤف ہے (کیونکہ بائیں طرف جدھر عضلہ کا فعل کم ہے اور جس طرف اس کی کمی زیادہ محسوس ہوتی ہے) دونوں آنکھوں کی شبیہ کا باہمی فاصلہ بڑھتا جاتا ہے۔ دونوں آنکھوں کی شبیہ سیدھی ہوتی ہیں کیونکہ اس عضلہ کے فعل سے کسی قسم کی انحرافی حرکت آنکھ میں نہیں ہوتی۔

(ج) اب اگر موم بتی کو بائیں طرف رکھیں اور اوپر کو اٹھائیں تو بائیں آنکھ والی شبیہ دائیں آنکھ والی شبیہ سے باہر کی طرف کو جھک جائے گی اور کسی قدر دائیں آنکھ کی شبیہ سے نیچے کو ہوگی۔



شکل نمبر ۱۳۰

اس کی وجہ یہ ہے کہ عضلہ مستقیمہ وحشیہ کے استرخاء سے بائیں آنکھ کافی طور پر باہر کو نہیں بلکہ صرف اوپر کو دیکھتی ہے۔ عضلہ موربہ سفلیہ کسی حد تک اپنے گھمانے والی طاقت کو کھو دیتا ہے مگر اوپر کی طرف اٹھانے کی طاقت اس کی باقی رہتی ہے۔ اس لئے بائیں آنکھ دائیں آنکھ سے نسبتاً اونچی ہوتی ہے اور اس کا عمودی قطر اپنی حالت میں رہتا ہے، مگر دائیں آنکھ جو کہ بتی کو دیکھتی رہتی ہے وہ اوپر کو کسی قدر بائیں طرف دیکھتی ہے، اور اس کا عمودی قطر کسی حد تک بائیں طرف جھک جاتا ہے، حالاں کہ اوپر کی طرف دونوں آنکھوں کے عمودی قطر ایک دوسرے کی طرف جھکتے ہیں جس کی وجہ سے دونوں شبیہ کے اوپر کے سرے ایک دوسرے سے متبع ہو جاتے ہیں، اس حالت میں دائیں آنکھ کا انحراف طبعی حیثیت رکھتا ہے، اس لئے اس کی شبیہ سیدھی دکھائی دیتی ہے، مگر بائیں آنکھ کی شبیہ دائیں آنکھ سے ہٹی ہوئی اور عمودی معلوم ہوتی ہے، اور آنکھ اس کو ٹیڑھی محسوس کرتی ہے۔

اس طرح کی آنکھ کی متماثل بدوضعی نیچے اور باہر کو ہوتی ہے۔ اس کا انحراف اس کے عمودی قطر میں بالائی عضلہ موربہ کی وجہ سے کمزور ہو جاتا ہے۔

(د) اب اگر مریض سے سرخ بتی کی طرف خاص طور پر دیکھنے کو کہا جائے یعنی بائیں آنکھ والی یا ماؤف آنکھ کی طرف والی شبیہ کو دیکھنے کی تاکید کی جائے تو اس صورت میں بہ نسبت اس حالت کے (جب کہ مریض کو سفید بتی کی طرف دیکھنے کو کہیں) دونوں شبیہ کا درمیانی فاصلہ بہت زیادہ ہوتا ہے۔

اگر مریض کی تندرست آنکھ کو بند کریں اور معالج اپنی انگلی کو مریض کے سامنے اس قدر فاصلہ پر رکھے کہ وہ اس کو پکڑ سکے مگر یہ انگلی مریض کے بائیں طرف ہو اور مریض سے کہا جائے کہ وہ اس انگلی کی طرف اپنی انگلی سے شست لگائے، تو اس صورت میں معائنہ کرنے والے کو معلوم ہوگا کہ مریض اس انگلی کے بائیں طرف کو ہٹی ہوئی شست لگا رہا ہے یعنی اس کی انگلی معالج کے بائیں طرف کو اشارہ کر رہی ہے اس کی وجہ یہ ہے کہ مریض کے عضلہ وحشیہ مستقیمہ میں جو عضلی تحریک پہونچتی ہے اور جو اس کی آنکھ کو اس شے کی طرف گھمانے کا باعث ہوتی ہے وہ اس قدر تیز اور قوی ہوتی ہے کہ جس کی بنا پر مریض کو خیال پیدا ہوتا ہے کہ وہ شے اپنے اصلی مقام سے زیادہ بائیں طرف کو ہے، گویا کہ مختلف اشیاء کے باہمی فاصلہ کا اندازہ ہم ان ہی عصبی تحریکات سے کرتے ہیں، جو کہ مقلۃ عین کے محرکی عضلات کی حرکات کے لئے دماغ سے آتی ہیں۔

ماؤف آنکھ کے سامنے افقی طور پر منشور مثلثی (منشور کا قاعدہ باہر کی طرف ہو) کو رکھا جائے تو دونوں آنکھوں کی شبیہ ایک دوسرے سے نزدیک ہو جاتی ہیں۔ یعنی اگر ہم صحیح منشور کو منتخب کر سکیں تو ممکن ہے کہ بصارت زوجی بالکل زائل ہو جائے اور دونوں شبیہ ایک دوسرے سے بالکل مدغم ہو جائیں۔

بائیں آنکھ کے بالائی عضلۂ موربہ کا استرخاء

اس عضلہ کا استرخاء اس وقت زیادہ نمایاں ہوتا ہے جب کہ نیچے اور اندر کی طرف مقلۂ چشم کی حرکات کی ضرورت ہو۔ کیونکہ اس صورت میں اس عضلہ کا مقلۂ چشم کو نیچے کی طرف جھکانے کا فعل زیادہ سے زیادہ ہوتا ہے، اس کے باوجود اس کا صحیح موازنہ مشکل ہے۔ خواہ اس عضلہ میں استرخاء کلی ہی کیوں نہ لاحق ہو۔ کیونکہ عضلات مستقیمہ زیریں اور انسیہ اس عضلہ کی حرکات میں امداد کرتے ہیں۔

(الف) پورے میدان بصر میں افقی سطح کے اوپر دونوں آنکھیں ہر شے کو دیکھتی ہیں، اور ان کی شبیہ ایک ہوتی ہے۔ افقی سطح کے نیچے درمیانی خط پر بصارت زوجی پیدا ہوتی ہے جس میں بائیں آنکھ کی شبیہ دائیں آنکھ سے ذرا نیچے واقع ہوتی ہے، کیونکہ بالائی عضلۂ موربہ آنکھ کو نیچے کی طرف گھمانے میں مدد دیتا ہے، اور اب اس عضلہ کے استرخاء کی صورت میں اس کا فعل نہ صادر ہونے کی وجہ سے بائیں آنکھ دائیں آنکھ سے ذرا اونچی ہوتی ہے، نیچے اور اندر کی طرف مقلۂ عین کی وضع ایک ایسی وضع ہے جس میں بالائی عضلۂ موربہ پر زور پڑتا ہے، تاکہ آنکھ نیچے کو گھومی ہوئی

ہے۔ اس لئے اس وضع میں مذکورہ عضلہ کے فعل کا غائب ہونا نمایاں ہو جاتا ہے، اور جب آنکھ اسی وضع میں رکھی جائے تو زوجی شبیہ کا عمودی فاصلہ سب سے زیادہ ہو جاتا ہے۔

(ب) بالائی عضلہ موربہ آنکھ کو باہر کی طرف گھماتے ہیں امداد کرتا ہے، لہٰذا اس کا استرخا اس کو ہر وقت ان عضلات کی ذمہ داری پر چھوڑ دیتا ہے جو کہ اس کو اندر کی طرف حرکت دیتے ہیں اور اس طرف آنکھ گھوم جاتی ہے، اور استدقاقی حالت ظہور پذیر ہوتی ہے جس کی وجہ سے بائیں آنکھ والی شبیہ دائیں آنکھ والی شبیہ کے دائیں طرف ہوتی ہے اس کو ہم زوجی شفع اشتراکی (Homonymous diplopia) کہتے ہیں۔

(ج) بالائی عضلہ موربہ آنکھ کے عمودی قطر کو اندر کی طرف جھکاتا ہے لہٰذا اس کے استرخاء کی حالت میں نیچے کی طرف بلا واسطہ گھماؤ کی صورت میں زیرین عضلہ مستقیمہ کے فعل سے مقلہ عین باہر کی طرف گھوم جاتا ہے، جس کی وجہ سے بائیں آنکھ کی شبیہ مریض کے دائیں طرف جھک جاتی ہے۔

(د) بالائی عضلہ موربہ کا سب سے زیادہ فعل اس وقت انجام پاتا ہے جب کہ آنکھ نیچے اور باہر کی طرف دیکھ رہی ہو لہٰذا اس کے استرخاء کا اثر صرف اسی حالت میں زیادہ ظاہر ہوتا ہے اور اسی وجہ سے شبیہ تندرست آنکھ کی طرف سب سے زیادہ جھکی ہوئی ہوتی ہے۔

(ھ) عجیب بات اس عضلہ کے استرخاء میں و نیز کبھی کبھی زیرین عضلات مستقیمہ کے استرخاء میں یہ دیکھی جاتی ہے کہ ماؤف آنکھ والی شبیہ مریض کے زیادہ نزدیک نظر آتی ہے، جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ ماؤف آنکھ والی شبیہ مریض کے نزدیک باہر فضا میں فرش پر پڑی ہوئی معلوم ہوتی ہے۔ دوسرے طریقہ پر انھیں امور کو ہم ذیل کے الفاظ میں بیان کر سکتے ہیں:



شکل نمبر ۱۳۹

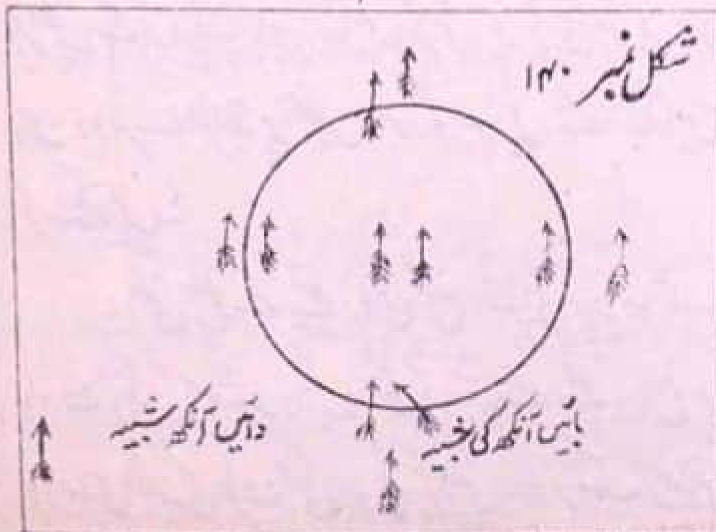
افقی سطح کے نیچے زوجی شفع اشتراکی پیدا ہوتا ہے! اور ماؤف آنکھ کی شبیہ دائیں آنکھ کی شبیہ سے نیچے کی سطح پر اور دوسری شبیہ کی طرف جھکی ہوئی نیز مریض سے نزدیک تر معلوم ہوتی ہے جب شبیہ بہت زیادہ نیچے اور باہر کو ہو تو ماؤف آنکھ کی شبیہ تندرست آنکھ کی شبیہ سے اونچی دکھائی دیتی ہے۔

کیونکہ اس حالت میں آنکھ کا عمودی قطر بہت زیادہ باہر کو جھکا ہوا ہوتا ہے جس کی وجہ سے شبیہ شبکیہ کے نیچے اور اندر والے حصہ پر بنتی ہے۔ لہذا آنکھ کے باہر یہ اوپر کی طرف نظر آتی ہے۔ اس حالت میں بصارت زوجی کو کم کرنے یا متعادل کرنے کے لئے مریض اپنے سر کو سامنے اور دائیں شانے کی طرف جھکا لیتا ہے اور اپنا چہرہ تندرست آنکھ کی طرف پھیر لیتا ہے۔

اس حالت میں دوار (چکر آنا) نمایاں ہوتا ہے، اور سیڑھیوں سے نیچے اترنے میں بعض اوقات مشکل پیش آتی ہے۔ زوجی بصارت کو منشور مثلثی سے درست کرنے کے لئے دو منشور مثلثی کی ضرورت پڑتی ہے ایک بائیں آنکھ کے سامنے جس کا قاعدہ نیچے کو ہو تاکہ عمودی فرق زائل ہو سکے اور دوسرا دائیں آنکھ کے سامنے جس کا قاعدہ باہر کی طرف ہو تاکہ جانبی فرق درست ہو سکے، یہ بھی ممکن ہے کہ صرف ایک منشور سے ہم اس خرابی کو رفع کر لیں۔ بشرطیکہ اس منشور کو توریبی طریقہ پر رکھا گیا ہو۔

تیسرے عصب حجمی کا استرخاء

عضلہ مستقیمہ انسیہ، بالائی عضلہ مستقیمہ، زیریں عضلہ مستقیمہ، زیریں عضلہ موربہ، عضلہ رافعۃ الجفن، عصب ثالث کی تمام شاخوں میں مکمل استرخاء ایک عجیب حالت پیش کرتا ہے۔ بالائی جفن نیچے کو گر پڑتی ہے، ابرو اوپر کو اٹھا ہوا معلوم ہوتا ہے۔ کیونکہ عضلہ جبہیہ موخرہ کا فعل زیادہ ہو جاتا ہے۔ حدقۂ عین آدھا پھیلا ہوا اور بے حرکت ہوتا ہے، طاقت توفیق بالکل ضائع ہو جاتی ہے آنکھ عین کسی قدر ابھر آتا ہے۔ کیونکہ عضلات مستقیمہ کا پیچھے کی طرف دباؤ پڑتا ہے۔ حول متسع پایا جاتا ہے۔ آنکھ کی حرکت اندر کی طرف خفیف ہوتی ہے اور نیچے و باہر کی طرف بالائی عضلہ موربہ اس کی حرکت کو انجام دیتا ہے۔ اس کو ہم آسانی ملتحمی عروق کی جگہ تبدیل کر کے دیکھ سکتے ہیں۔



اگر استرخاء کو کچھ عرصہ گذر گیا ہو تو عضلہ مستقیمہ وحشیہ کا آنکھ پر تسلط ہو جاتا ہے اسی لئے آنکھ باہر کی طرف کو گھوم جاتی ہے۔

عصب ثالث کے استرخاء کی بعض حالتوں میں تشخیص آسانی سے ممکن ہے مگر بسا اوقات مشکل بھی پیش آتی ہے۔ اگر استرخاء خفیف ہو تو زوجی شبیہ کا معائنہ حسب ذیل وجوہ کی بنا پر ضروری ہے۔

اگر عصب ثالث کی سب شاخوں میں جزئی استرخار موجود ہو تو - یا کل میدان بصر کے اندر عضلۂ مستقیمہ انسیہ کے بیکار ہونے کی وجہ سے متقاطع بصارت زوجی موجود ہوگی - یا کم از کم مریض کے دائیں طرف متقاطع بصارت زوجی پائی جائے گی اور دونوں شبیہ کے درمیان جانبی فاصلہ ویسے ویسے بڑھتا جائے گا، جیسے جیسے بتی کو دائیں طرف لیتے جائیں گے - اگر بتی کو اونچا کیا جائے تو بائیں آنکھ اس کے ساتھ ادھر نہ جائے گی کیونکہ وہ دونوں عضلات ماؤف ہیں جو آنکھ کو اوپر لے جاتے ہیں - اسی وجہ سے بائیں آنکھ والی شبیہ اس وضع میں دائیں آنکھ والی شبیہ سے نہ صرف دائیں جانب ہوگی بلکہ اس کے مقابلہ میں اونچی بھی ہوگی، اور جب بتی افقی سطح کے نیچے ہوگی تو زیرین عضلۂ مستقیمہ کے استرخار کی وجہ سے دائیں آنکھ سے بائیں آنکھ اونچی رہے گی، اس لئے بائیں آنکھ کی شبیہ دائیں آنکھ کی شبیہ سے نیچی مگر دائیں شبیہ کی طرف جھکی ہوئی ہوگی، کیونکہ اس صورت میں تندرست بالائی عضلۂ مستقیمہ کا فعل آنکھ کو اندر کی طرف گھمائے گا - چونکہ اس استرخار میں متعدد عضلات ماؤف ہوتے ہیں اور ان کے طبعی تناؤ میں کمی واقع ہو جاتی ہے اس لئے ممکن کہ آنکھ کسی قدر باہر کو ابھری ہوئی معلوم ہو -

اگر دونوں آنکھوں میں عصب حجبی ثالث کی چند شاخیں مسترخی ہوں تو تشخیص نہایت مشکل ہوتی ہے - بالائی جفن کا استرخار تقریباً ہمیشہ پایا جاتا ہے اور بآسانی اس کو پہچانا جا سکتا ہے، عضلۂ قابض حدقہ اور طاقت توفیق کے استرخار کی وجہ سے بھی اس کو ہم آسانی سے پہچان سکتے ہیں، اس کے علاوہ اوپر کی طرف حرکت دینے سے اگر کوئی آنکھ حرکت نہیں کرتی تو اس کے معنی یہی ہوں گے کہ عصب ثالث مسترخی ہے، مگر جب نیچے کی طرف آنکھ کی حرکت غائب ہو جائے تو زیرین عضلۂ مستقیمہ کے استرخار (عصب ثالث) بالائی عضلۂ موربہ (عصب رابع) کے استرخار میں تشخیص فارقہ ضروری ہے جس کے واسطے موخر الذکر عضلات کے استرخار کا بیان دیکھنا چاہیے -

مذکورۂ بالا امور سے ظاہر ہے کہ انسان کے لئے عضلات محجری کے افعال کو پوری طرح محفوظ رکھنا مشکل امر ہے اور مختلف قسم کی بصارت زوجی سے یہ فیصلہ کرنا کہ استرخار کس میں ہے - آسان کام نہیں، لہذا بہتر ہے کہ شکل ہذا سے اس کو یاد کرنے میں مدد حاصل کریں اور اس کو مدنظر رکھتے ہوئے

عضلات موربہ — عضلات مستقیمہ — عضلات موربہ

بائیں آنکھ — دائیں آنکھ

شکل نمبر ۱۴۱ اوپر اٹھانے اور نیچے گرانے والے عضلات کا عمل ... دکھایا گیا ہے -

علامات پر غور کیا جائے۔

اس شکل میں بڑا دائرہ قرنیہ کی وضع کو ظاہر کرتا ہے جو کہ آنکھ کو اوپر اور نیچے حرکت دینے والے عضلات کے فعل کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے اور چھوٹے مرکزی دائرے حدقہ عین کو ظاہر کرتے ہیں، مقامات م س. م س اس شکل میں عضلات مستقیمہ کے گھماؤ کے محوروں کے مقدم اطراف ہیں، جو کہ قرنیہ کے اندر کی طرف کو ہوتے ہیں۔ اسی طرح م د - م د قرنیہ کے باہر کی طرف عضلات موربہ کے گھماؤ کے اطراف ہیں، نقطہ دار انحنائی خطوط ان محوروں پر مرکز قرنیہ کے گھومنے سے بنتے ہیں، دو مرکزی انحنائی خطوط جن کے کنارے ایک دوسرے کی طرف ہیں عضلات مستقیمہ کے فعل کو ظاہر کرتے ہیں۔ اور باہر کے دو انحنائی خطوط عضلات موربہ کے فعل کو ظاہر کرتے ہیں۔

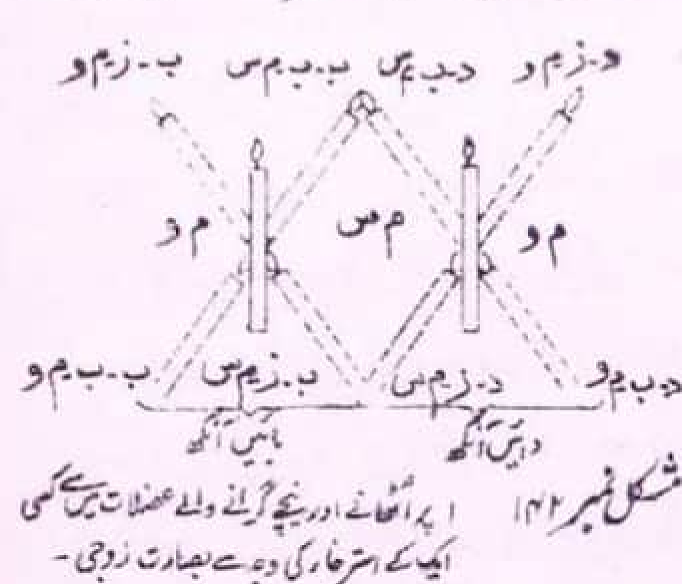
قرنیہ کا عمودی قطر اس خط سے ظاہر ہوتا ہے جو درمیان میں اوپر سے نیچے تک ہے۔ یہ خط قرنیہ کے مرکز سے بننے والے دائرے کے ساتھ خط مماس ہے۔ جب صرف ایک عضلہ کام کرے تو آنکھ کا محور صرف اس وقت عمودی ہوگا جب کہ آنکھ اپنی ابتدائی وضع میں ہو، اوپر کی شکل میں دائیں اور بالائی عضلہ مستقیمہ کے فعل کو معلوم کرنے کے لئے صرف اس کی ضرورت ہے کہ ہم دائیں طرف بالائی حصہ میں اوپر اور اندر کی طرف والے دائرہ کو دیکھیں (د- ب. م س اس سے ہم کو فوراً معلوم ہوگا کہ یہ عضلہ آنکھ کو اندر اور اوپر کی طرف حرکت دیتا ہے، اس کے علاوہ عمودی محور کو اندر کی طرف جھکاتا ہے۔

اسی طرح عضلات موربہ کا یہ فعل دائیں یا بائیں حصہ میں جو دائرہ ہے اس کے دیکھنے سے معلوم ہوگا۔ مگر چونکہ عمودی فعل بالائی عضلہ موربہ کا اپنے نام کے مقابلہ میں الٹی طرف کو ہوتا ہے۔ اس لئے بالائی عضلہ موربہ نیچے کو اور زیرین عضلہ موربہ اوپر کو حرکت دیتا ہے۔

(ب-ز - م و) کا فعل بائیں طرف کے حصہ میں شکل کے باہر کی طرف کو ہوتا ہے۔ مذکورہ شکل کو ملاحظہ کرنے سے متعدد حقائق کا انکشاف ہوتا ہے۔ مثلاً عضلات مستقیمہ اندر کی طرف آنکھ کو گھماتے ہیں۔ اور آنکھ کو درمیانی خط کی طرف لاتے ہیں۔ عضلات موربہ باہر کی طرف آنکھ کو گھمانے والے ہیں اور اس کو جسم کے درمیانی خط سے دور کرنے والے ہیں۔ بالائی عضلات (د-ب-م س، ب- ب-م س، د- ب-م و، ب - ب - م و) اندر کو گھماتے ہیں۔ اور زیرین عضلات (د- ز-م س، ب- ز-م س، د- ز-م و، ب-ز-م و) باہر کی طرف گھماتے ہیں۔

دایاں بالائی عضلہ مستقیمہ حقیقتاً بائیں زیریں عضلہ موربہ کے ساتھ کام کرتا ہے (ب - ز - م و) ان کے افعال تینوں طرف ایک ساتھ انجام پاتے ہیں، اوپر بائیں طرف حرکت کرتے ہیں، اور بائیں طرف آنکھ کو گھماتے ہیں۔

ہم پہلے بیان کر چکے ہیں کہ کسی عضلہ کے استرخاء سے آنکھ کی حرکت اس عضلہ کے فعل کے مخالف طرف کو ہوتی ہے، اور کاذب شبیہ آنکھ کے باہر فضا میں ماؤف آنکھ کے الٹی طرف نظر آتی ہے، دوسرے الفاظ میں اس کا مطلب یہ ہوا کہ کاذب شبیہ عضلہ کے طبعی فعل کی طرف دکھائی دیتی ہے۔ لہٰذا شکل ہذا جس میں کہ بصارت زوجی مختلف اقسام کے استرخاء کی حالت میں ظاہر کی گئی ہے، در اصل شکل سابقہ سے مطابقت کرتی ہے۔



شکل نمبر ۱۴۲ اوپر اٹھانے اور نیچے گرانے والے عضلات میں سے کسی ایک کے استرخاء کی وجہ سے بصارت زوجی۔

مذکورہ بالا شکل میں بصارت زوجی کی حالت کو (جو کہ مختلف عضلات کے استرخاء کو ظاہر کرتی ہے) نقطہ دار بتی کی صورت میں ظاہر کیا گیا ہے۔ اور اس پر ماؤف عضلہ کا نام لکھ دیا گیا ہے، نقطہ دار خطوط والی بتی کاذب شبیہ کو ظاہر کرتی ہے جو ماؤف آنکھ سے متعلق ہے لیکن مستقل خطوط والی بتی صادق شبیہ کو بتاتی ہے جو کہ صحیح آنکھ سے متعلق ہے۔

عضلات مستقیمہ کے متعلق ہم اتنا اور کہیں گے کہ ان سے متعلق کاذب شبیہ معین شکل (Lozenge shaped) پیش کرتی ہے جو اس تصویر کے وسط میں دکھائی گئی ہے، اور کاذب شبیہ جو کہ عضلات موربہ سے متعلق ہیں وہ تصویر میں باہر کی طرف دکھائی گئی ہے، اسی تصویر سے یہ بھی ظاہر ہوتا ہے کہ نقطہ دار شبیہیں صادق شبیہوں سے اوپر، نیچے تک تجاوز کرتی ہیں، جس کا مطلب یہ ہے کہ کاذب شبیہیں صادق شبیہوں سے اوپر کو دکھائی دیتی ہیں۔ اس کے علاوہ تشخیص کے لئے اس میں ایک اور بھی ضروری بات یہ پائی جاتی ہے کہ جو عضلات تصویر کے بالائی نصف حصہ میں دکھائے گئے ہیں وہ ظاہر کرتے ہیں کہ بصارت زوجی آنکھ کے میدان قیام کے بالائی حصہ میں واقع ہوتی ہے۔ یعنی اسی وقت ظاہر ہوتی ہے جب کہ آنکھ کو اوپر کی طرف حرکت دی جائے۔ یہی قاعدہ بعینہٖ نیچے کے نصف حصے کے متعلق بھی صحیح ہوگا۔ تصویر کو صحیح طور پر سمجھنے کے لئے ضروری ہے کہ کسی ایک عضلہ کو مثال کے طور پر لیں۔ فرض کیجئے کہ ہم

معلوم کرنا چاہتے ہیں کہ زیریں عضلہ مستقیمہ کے استرخار سے کس قسم کی بصارت زوجی پیدا ہوگی - اس کے معلوم کرنے کے لئے صرف یہ کافی ہے کہ ہم اس تصویر کے مرکز سے نیچے بائیں حصّہ کی طرف دیکھیں - اس سے بصارت زوجی کا پتہ چل جائے گا - اس کو اگر ہم عام فہم الفاظ میں بیان کرنا چاہیں تو نمبروار ذیل کے طریقہ پر بیان کریں گے -

(۱) بصارت زوجی متقاطع ہوگی، کیونکہ بائیں آنکھ کی کاذب شبیہ صادق شبیہ کے دائیں طرف ہے یعنی دائیں شبیہ بائیں آنکھ کی ہے -

(۲) کاذب شبیہ کا بالائی سرا صادق شبیہ کی طرف جھکا ہوا ہے -

(۳) کاذب شبیہ صادق شبیہ سے نیچے کی طرف ہے، یعنی صادق شبیہ سے نیچے کی سطح پر واقع ہے -

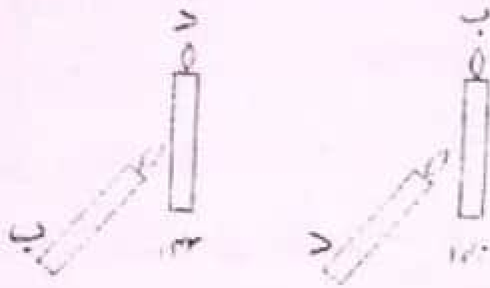
(۴) بصارت زوجی نیچے کی طرف آنکھ کو حرکت دینے میں ظاہر ہوتی ہے، کیونکہ کاذب شبیہ تصویر کے زیریں حصّہ میں واقع ہے، یہی طریقہ عضلات کے استرخار سے متعلق بصارت زوجی کے معلوم کرنے کے لئے استعمال کیا جائے - عضلات موربہ سے متعلق بصارت زوجی کا حال معلوم کرنے کے لئے تصویر کے بیرونی حصّہ کا معائنہ کریں اور جس طرف کا عضلہ ہو اسی طرف تصویر میں دیکھیں جیسا کہ شکل نمبر ۲۸۱ میں بتایا جاچکا ہے - بالائی عضلہ موربہ نیچے ہوگا، اور زیریں اوپر -

یہ امر ذہن نشین رکھیں کہ وسط میں چاروں عضلات مستقیمہ ہیں اور باہر کی طرف چاروں عضلات موربہ، ایک طریقہ یاد رکھنے کا یہ بھی ہے کہ ہر آنکھ کو تقاطع صلیبی کے ذریعہ یاد رکھا جائے - اس صلیبی شکل کے اندر والے دو خطوط عضلات مستقیمہ کو ظاہر کرتے ہیں، اور باہر کے عضلات موربہ کو،

مذکورہ طریقہ زیادہ آسان ہے کیوں کہ اس کے ذریعہ بآسانی ہم مختلف عضلات چشم کے استرخار کی وجہ سے پیدا ہونے والی بصارت زوجی کو سمجھ سکتے ہیں، یا یہ بھی ممکن ہے کہ بصارت زوجی کا صحیح اندازہ ہونے کے بعد ہم بآسانی یہ معلوم کرسکیں کہ کس عضلہ کا استرخار لاحق ہے -

بعض اقسام کے استرخار ایک دوسرے سے مشابہت رکھتے ہیں، کیونکہ ان میں بصارت زوجی پائی جاتی ہے مثلاً بائیں بالائی عضلہ موربہ کا استرخار، دائیں زیریں عضلہ موربہ کے استرخار سے بہت زیادہ مشابہ ہوتا ہے، کیونکہ ان دونوں میں بصارت زوجی افقی سطح سے نیچے اور شبیہ کاذب بائیں طرف شبیہ صادق سے نیچے، نیز اس کی طرف جھکی

ہوئی ہوتی ہے ان دونوں میں امتیاز کے لئے یاد رکھیں کہ عضلہ موربہ کے استرخار میں زوجی شفع اشتراکی ہوتا ہے اس لئے کاذب شبیہ بائیں آنکھ سے متعلق ہے - اور عضلہ مستقیمہ کے استرخار کی صورت میں کاذب شبیہ دائیں آنکھ کی ہوتی ہے یعنی بصارت زوجی متقاطع ہوا کرتی ہے -

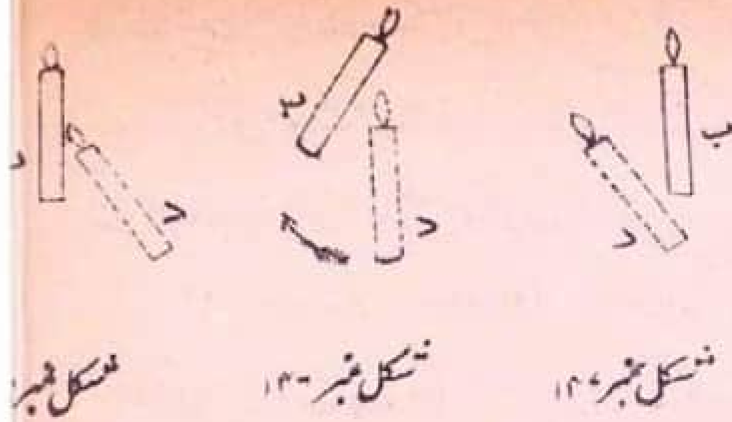


شکل نمبر ۱۴۲-۱۴۳ بائیں عضلہ موربہ کا استرخار - زوجی شفع اشتراکی - ۱۴۲ د- دائیں آنکھ سے متعلق - ب- بائیں آنکھ سے متعلق ہی کی شبیہ ۱۴۳ دائیں زیریں عضلہ مستقیمہ کا استرخار - متقاطع بصارت زوجی - الفاظ حسب سابق

ماہر ڈوانے (Duane) نے بیان کیا ہے کہ آنکھ کی جس وضع میں بصارت زوجی عمودی طور پر سب سے زیادہ ہو اس سے تشخیص میں مدد ملتی ہے بالخصوص ان عضلات کے متعلق جو کہ آنکھ کو اوپر اٹھانے والے یا نیچے گرانے والے ہوں، مثلاً مذکورہ حالتوں میں بائیں بالائی عضلہ موربہ کے استرخار کی صورت میں بصارت زوجی کے اندر دونوں شبیہ عمودی طور پر ایک دوسرے سے سب سے زیادہ اس وقت دور ہوں گی جب کہ آنکھ کو ہم نیچے اور اندر کی طرف گھمانے کی کوشش کریں، اور اس طرح سب سے زیادہ فاصلہ زیریں عضلہ مستقیمہ کے استرخار کی صورت میں اس وقت ہوگا - جب کہ آنکھ نیچے اور باہر کی طرف گھمائی جائے، اس کے علاوہ یہ بھی ضروری ہے کہ کاذب شبیہ جو ماؤف آنکھ سے متعلق ہوتی ہے یہ اسی طرف پائی جاتی ہے جس طرف بصارت زوجی بڑھتی ہے - یعنی اگر اوپر کی طرف دیکھنے میں زوجی ابصارت بڑھ جائے، تو زیادہ اونچی شبیہ مسترخی آنکھ کی ہوگی - اور اگر دونوں شبیہوں کا درمیانی فاصلہ نیچے کی طرف دیکھنے میں بڑھ جائے تو زیریں شبیہ ماؤف آنکھ کی ہوگی -

اگر بصارت زوجی کسی خاص عضلہ کے استرخار سے متعلق نہ ہو تو اس حالت میں ایک سے زیادہ عضلات ماؤف ہوتے ہیں اور ان کا معلوم کرنا بعض اوقات ناممکن ہو جاتا ہے - دو اسباب ایسے ہیں جن کی بنا پر ایسی بصارت زوجی کی نوعیت بدل جاتی ہے - پہلی صورت میں مریض جب کسی شے کی طرف استرخار والی آنکھ سے دیکھے گا تو اس شے کی شبیہ مریض کو صحیح جگہ پر معلوم ہوگی - اور صحیح آنکھ کی شبیہ اپنی جگہ سے بظاہر ہٹی ہوئی - اب فرض کیجئے کہ بصارت زوجی کسی خاص حالت کے مقابلہ میں تبدیل ہوگئی ہے تو ماؤف آنکھ کی شبیہ عمودی دکھائی دے گی -

اندازِ مرض کے علاوہ استرخار کی حدود کا ناپنا اس لئے بھی ضروری ہے کہ اس سے مریض کی حالت میں بہتری کا اندازہ بھی ہو سکتا ہے اور یہ مقصد بصارت زوجی کی شبیہوں کے درمیانی فاصلہ کو ناپ کر حاصل کیا جا سکتا ہے ماہر میڈاکس Maddox کے عصار کے ذریعہ



شکل نمبر ۱۴۰ شکل نمبر ۱۴۰ - شکل نمبر

یہ پیمائش ممکن ہے۔ بصارت زوجی کے درست کرنے کے لئے جو منشور درکار ہو اس کو معلوم کرنے کے بعد بھی یہ مقصد حاصل ہو جاتا ہے۔ اگر منشور کے سلسلہ میں یہ خیال رکھیں کہ آنکھ کا میلان منشور کے نصف زاویہ کے برابر ہوتا ہے۔

دوسرا طریقہ یہ ہے کہ ماؤف عضلہ کی طرف آنکھ کی حرکت کی طاقت کا اندازہ اس کے میدان بصر ناپنے والے آلے کے ذریعہ کیا جائے۔

مجری عضلات کے استرخار کے اسباب

ایک یا ایک سے زائد مقلہ عین کے عضلات کی طبعی طاقت کے زوال کو مرض نہ سمجھنا چاہئے بلکہ یہ ہمیشہ کسی مرض کی علامت کے طور پر لاحق ہوا کرتا ہے۔ اور یہ مرض عصبی نظام میں کسی جگہ مخ الدماغ سے لے کر عضلات تک ہو سکتا ہے۔

مجری عضلات کے ابتدائی امراض بہت ہی شاذ و نادر دیکھنے میں آتے ہیں اور ثانوی طور پر عضلات میں ان خرابیوں کا لحوق مرضی حیثیت سے خفیف ہوا کرتا ہے۔

مندرجہ ذیل مقامات پر یہ مرضی تغیر پایا جاتا ہے۔

(۱) مجر (۲) مجمی قاعدہ یہاں پر پیدا ہونے والے تغیرات مثلاً شق سفینی اور وہ تغیرات ہیں جو شق سفینی اور قنطرہ کے درمیان قاعدہ مجمی پر پائے جاتے ہیں۔ (۳) قنطرہ میں پائے جانے والے تغیرات۔ خواہ یہ قنطرہ کے اندر عصب باصرہ کے الیاف کو ماؤف کریں یا یہ نواتی تغیرات ہوں جو کہ اعصاب کے نوات کو مجری سلفیوس اور بطن چہارم کے فرش پر ماؤف کریں

(۴) مخی تغیرات۔ جو ان نوات اور تطبیق دینے والے مرکز کے اوپر ہوں یا مخ الدماغ کے اندر ہوں۔ مذکورہ چاروں

— عضلہ موربہ علیا کا استرخاء •

(۱) سامنے دیکھنے میں دونوں آنکھوں کی ہیئت •

(۲) دائیں طرف نیچے دیکھنے میں دونوں آنکھوں کی ہیئت •

(۳) بائیں طرف اوپر دیکھنے میں دونوں آنکھوں کی ہیئت •

(۴) بائیں طرف نیچے دیکھنے میں دونوں آنکھوں کی ہیئت اس حالت میں استرخائی حالت سب سے زیادہ نمایاں ہے •

(۵) کسی بیرونی شے کی طرف دائیں آنکھ کو قائم کرنے پر بائیں آنکھ ذرا اندر کی طرف آجاتی ہے •

(۶) بائیں آنکھ کو کسی بیرونی شے کی طرف قائم کرنے میں دائیں تندرست آنکھ ثانوی طور پر بہت زیادہ اندر کی طرف آجاتی ہے •

۱ ۲

۳ ۴



۵ ۶



اقسام کے تغیر اپنی مرضی علامات کے لحاظ سے جداگانہ حیثیت رکھتے ہیں - اور اپنے مرضی اسباب و مختلف مقامات کے لحاظ سے مریض کی آئندہ زندگی میں مختلف اثرات پیدا کرتے ہیں -

(۱) پہلی قسم یعنی مجری تغیرات کی وجہ سے عضلات کی طاقت کا زوال - اس مقابلے کوئی تعلق نہیں رکھتی -

(۲) دوسری قسم - جس کا تعلق جمجمی قاعدہ سے ہوتا ہے - اس میں اکثر جمجمی عضلات میں استرخار لاحق ہوتا ہے - یہ استرخار آتشکی ہوتا ہے یا کرویات روماٹزم کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے -

بیرونی عضلہ مستقیمہ جو اکثر روماٹزم کا شکار ہو جاتا ہے یہ بقیہ تمام مجری عضلات سے زیادہ استرخار میں مبتلا ہوتا ہے - اس کو بچایا نا جا سکتا ہے بشرطیکہ روماٹزم کی علامات موجود ہوں - یا حملۂ مرض سے پہلے سردی لگنے یا بھیگنے کے حالات پائے جائیں - ان مریضوں میں سے بعض کے استرخار کا سبب سمی انجذاب بھی ہو سکتا ہے -

آتشک کی حالت میں مریض آتشک کے متعلق خاص حالات بیان کرے گا جس کی تقویت مثبت تعامل اہرلخ سے ہوگی محیطی استرخار عضلات مجری کا جو آتشک کی وجہ سے ہو وہ دیر میں ظاہر ہونے والی مرضی علامات میں سے ہوتا ہے - اس کا سبب عظام ہی وہ تضخم یا اورام صمغیہ ہو سکتے ہیں - جو جمجمی قاعدہ پر پائے جاتے ہیں - ان کے علاوہ آتشکی سلعات اور التہاب غشار العصب بھی اس کا باعث بن سکتے ہیں - عصب ثالث خاص طور پر جمجمی قاعدہ میں اورام صمغیہ کی وجہ سے ماؤف ہوتا ہے - خصوصاً جب یہ غشی شق پر واقع ہو - ایسی صورت میں بالائی جفن کا استرخار پہلی علامت ہوتا ہے -

مذکورہ بالا اسباب کے علاوہ سلعات صدیدی التہاب وسط اذن، انورسما وغیرہ بھی استرخار کا سبب ہو سکتے ہیں - اگر انورسما وریدی شریانی ہو بالخصوص جوف کہفی میں واقع ہو تو عصب سادس جمجمی اس میں مبتلا ہوتا ہے - ایسے ہی اس وقت بھی ہوتا ہے جب کہ مخی سلعہ میں جمجمی ضغط بہت زیادہ بڑھ جائے -

جمجمی قاعدہ کی کسر میں عصب رابع کا استرخار ممکن ہے - اور اس امر کا بھی امکان ہے کہ صرف یہی استرخار اس کی ایک علامت ہو - جس کی وجہ یہ ہے کہ یہ عصب عظم صدغی کے مجری حصہ کی چوٹی پر سے گزرتے ہوئے مجروح ہو جاتا ہے مگر اس مرضی تغیر میں عصب سادس کا استرخار زیادہ عام ہے - اور بہت ممکن ہے کہ دونوں طرف یہی حالت پیدا ہو جائے -

جمجمی قاعدہ کے مرضی تغیرات مثلاً استرخار کے اسباب کی تشخیص میں ہمیشہ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ یہ آہستہ آہستہ لاحق

ہوتا ہے، اور یکے بعد دیگرے دوسرے حجمی اعصاب اپنے تشریحی مقام کے لحاظ سے ماؤف ہوتے ہیں (بالفرض اگر ایسا نہ ہو تو بھی اس امر کی طرف متوجہ ہونا ضروری ہے) مثلاً مقلی عضلات کے استرخار کے ساتھ ساتھ عصب وجہی میں درد یا چہرے کی تخدیر پائی جاتی ہے۔

علاوہ ازیں اگر ایک یا دونوں عصب باصرہ میں ضمور لاحق ہو اور اندھاپن شبکیہ کے نصف انفی حصہ میں پیدا ہو۔ تو ایسے استرخار کا سبب حجمی قاعدہ سے ہی متعلق ہو سکتا ہے۔

انذار مرض ۔ اس علامت کو پیدا کرنے والے مرض کا علاج کریں۔ ابتدائی مدارج میں کنپٹی پر جونک لگا دیں اور بعد کے مدارج میں بجلی کی گلوانک رو سے علاج کریں۔ اس کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ جفن کو بند کر کے اس رو کو گذارا جائے، مگر ماہرین کا خیال ہے کہ عضلات پر بلا واسطہ طریقہ پر رو کا قطب رکھنے سے زیادہ فائدہ پہونچتا ہے۔

اس سے بھی بہتر طریقہ یہ ہے کہ معالج تر کیا ہوا قطب کہربائی اپنے ایک ہاتھ میں رکھے اور اپنی ہتھیلی کی جلد سے اس کو خوب مس کرے اور اسی ہاتھ کی انگشت شہادت کو متعلقہ عین پر مختلف عضلات پر لگائے۔ لیکن انگلی پر ایک تہ تر کئے ہوئے ململ کے کپڑے کی ہو اور اس عمل سے پہلے ملتحمہ کو مخدر کر لیا جائے۔ دوسرا قطب کہربائی جو کہ ترکی ہوئی ایک قرص ہے اس کو مریض کی گردن کے پیچھے لگا دیا جائے۔

گلوانک کہربائی رو کی طاقت ۱/۲ سے ۲ ملی ایمپیر تک ہونا چاہیے۔ انگلی کو کبھی لگانے اور کبھی ہٹانے پر مریض بجلی کے جھٹکے محسوس کرتا ہے۔ معالج کو چاہیے کہ رو کی طاقت کا اندازہ کرنے کے لئے پہلے مریض کے رخسار پر اس کو لگائے اور اندازہ کر لے۔ یہ طریقہ زیادہ کارآمد ہے۔ کیونکہ معالج کو رو کی طاقت کا اندازہ اپنی انگلی کے احساسات کے ذریعہ ہوتا رہتا ہے۔

قہری طریقہ علاج سے بھی نتائج اچھے برآمد ہوتے ہیں اس کے لئے ملتحمہ کو قرنوی وصلبی جابر اتصال پر کسی مقام پر جہاں کہ ماؤف عضلہ مقلہ چشم سے آکر پیوست ہوتا ہے۔ ایک چمٹی کے ذریعہ پکڑنا چاہیے۔ آنکھ کو عضلہ کے طبعی مقام کی طرف کھینچا جائے یہاں تک کہ اس کو طبعی انقباض کی حد سے ذرا آگے تک لے جایا جائے اور پھر اس کو واپس اپنی جگہ پہنچانے کے لئے چھوڑ دیا جائے۔ دن میں ایک مرتبہ ایک منٹ تک یہی عمل کیا جائے۔ آنکھ کی تخدیر کے لئے کوکین محلول استعمال کریں۔

منشور مثلثی والی عینک استعمال کرائیں - اس سے یا تو بصارت زوجی زائل ہوجاتی ہے یا کمزور عضلہ میں کام کرنے کی تحریک ہوتی ہے - پہلی صورت کے لئے منشور کے ایسے شیشے استعمال کریں جو بصارت زوجی کو پورے طور پر زائل کردیں - یہ حالت چونکہ آنکھ کی ایک ہی وضع میں ممکن ہوتی ہے اس لئے منشوری عینک بہت کم استعمال کی جاتی ہے عضلہ کو تحریک دینے کے لئے ضروری ہے کہ منشوری عینک ایسی ہو جو بصارت زوجی کو پورے طور پر زائل نہ کرے بلکہ کسی قدر باقی رکھے تاکہ کمزور عضلہ کچھ کوشش کرکے دونوں آنکھوں کی بصارت کو واحد بنادے - ایسی عینک کو چند روز تک قائم رکھیں اس کے بعد اس سے کمزور منشوری عینک دیں - اسی طرح رفتہ رفتہ اس کی طاقت کو کم کرکے اصلی حالت پر لے آئیں -

۸ ڈگری طاقت کی منشوری عینک سے زیادہ طاقت کی عینک مریض شاذ و نادر ہی استعمال کرسکتے ہیں بصارت زوجی مختلف وضع میں مختلف ہوتی ہے لہٰذا اس حالت میں اس کا استعمال محدود ہے -

مذکورہ علاج کے سلسلہ میں بہتر ہے کہ دوران علاج میں دوسری آنکھ کو بند کردیا جائے تاکہ مریض کو بصارت زوجی سے تکلیف نہ ہو - اس سے بھی زیادہ بہتر تدبیر یہ ہے کہ جانبی عضلہ کے ماؤف ہونے کی صورت میں میدان بصر کا صرف وہ حصہ الگ کردیں جس میں بصارت زوجی پائی جاتی ہے - اس طریقہ سے دونوں آنکھیں بقیہ حصہ میں مجموعی حیثیت سے بصارت کے کام انجام دے سکتی ہیں -

جرحی عمل کی ضرورت صرف اس وقت پیش آتی ہے جب کہ چند ماہ یا ایک سال تک دوسری تدابیر سے عضلی توازن قائم نہ ہوسکے - مسترخی عضلہ کا عمل تقدیم (Advancement) اور اس کے ساتھ تندرست عضلہ کے وتر کا قطع کرنا ضروری ہے بعض اوقات دوسری آنکھ کے مشارک عضلات کا قطع وتر بھی کیا جاتا ہے - مگر اس میں شرکی طور پر مزید حرکت پیدا ہوتی ہے - بیرونی واندرونی عضلات مستقیمہ پر یہ عمل جرحی کرنے سے نتائج اچھے پیدا ہوتے ہیں مگر بالائی اور زیرین عضلات مستقیمہ پر جرحی عمل کارآمد نہیں ثابت ہوتا -

عضلات موربہ پر کبھی جرحی عمل نہ کرنا چاہئے مگر جب یہ ماؤف ہوں تو مقابل کی آنکھ میں ان کے شرکی عضلات کا قطع وتر ضروری ہے (مثلاً دائیں بالائی عضلہ موربہ کے استرخار کی صورت میں بائیں زیرین عضلہ مستقیمہ کے وتر کا قطع کرنا) اور اس سے بہت فائدہ ہوتا ہے -

میسٹلی یا جسمی استرخار کی وجہ سے ایک عجیب حالت پیدا ہوتی ہے، جو در اصل عصب ثالث کے دوری استرخار
کی صورت اختیار کر لیتی ہے۔ یہ مرض بچپن اور شروع جوانی کی عمر میں پایا جاتا ہے۔ اس کے دورے مہینوں اور برسوں
کے بعد ہو سکتے ہیں۔ ان دوروں میں ماؤف آنکھ کی طرف سر میں درد ہوتا ہے اور ساتھ ہی اس کے تے بھی ہوتی ہے
نیز عصب ثالث کی ایک یا ایک سے زیادہ شاخوں میں استرخار رونما ہوتا ہے۔ استرخار جزئی اور کلی دونوں صورتوں
کا ہو سکتا ہے۔ یہ دورہ چند دنوں سے لے کر چند ماہ تک قائم رہ سکتا ہے۔ شاذ و نادر حالتوں میں عصب سادس بھی مسترخی
ہو جاتا ہے۔ منہ سے رال بہتی ہے۔ پسینہ بہت نکلتا ہے۔ بعض مریضوں کی ناک سے بھی رطوبت خارج ہوتی ہے۔ بعض
مریض دوروں کے درمیانی اوقات میں بالکل تندرست رہتے ہیں (تمام عضلات اپنا کام طبعی طور پر انجام دیتے ہیں) مگر
بعض مریضوں میں یہ عضلات درمیانی اوقات میں بھی اپنا کام طبعی طور پر انجام دینے سے قاصر رہتے ہیں۔ شقیقہ
(Migraine) کے درد کے ساتھ بصارت سے متعلق جو علامتیں ہوتی ہیں وہ ان مریضوں میں نہیں پائی جاتیں
اور جس طرح شقیقہ دماغی کام کرنے والوں میں ہوتا ہے اس طرح یہ مرض ضروری نہیں کہ صرف دماغی کام کرنے
والے لوگوں ہی میں ہو۔

اس وقت تک اس مرض کا اصل سبب ہم کو معلوم نہیں ہو سکا۔ ممکن ہے کہ یہ علامات صرف انفعالی انعکاسی ہوں
یا عود کرنے والے تسمم الدم کا نتیجہ ہوں جو ممکن ہے کہ امعاء سے انجذاب سمیات کی بنا پر رونما ہوتا ہو۔ جن مرضوں میں ہمیشہ دورے
سے تکلیف بڑھ جائے ممکن ہے کہ وہ عصبی جڑ میں مرضی تغیرات کی وجہ سے ہو اور یہ تغیرات جسمی قاعدہ پر ہوں۔ مگر اب
تک وہ صحیح طور پر کوئی شکل اختیار نہ کر چکے ہوں۔ مؤخر الذکر قسم کے تین مریض جن کا معائنہ بعد الموت کیا گیا تھا
ان میں عصب کے تنے میں جسمی قاعدہ پر مرض موجود تھا۔

حول متقارب۔ اس حالت میں ایک آنکھ اندر کی طرف گھومی رہتی ہے۔ یہ حالت ان بچوں میں پیدا ہوتی ہے جو
چھوٹی چھوٹی اشیاء مثلاً کھلونے یا تصویروں کی طرف مائل ہو کر غور کے ساتھ ان کا معائنہ کرتے ہیں۔ یا کچھ اور زیادہ
عمر میں جب کہ بچے پڑھنا شروع کرتے ہیں یعنی اس کا لحوق اس وقت ہوتا ہے جب کہ بچے اپنے عضلات مستقیمہ انسیہ اور
طاقت توفیق کو بہت زیادہ کام میں لاتے ہیں (عموماً ۲ سے ۶ سال کی عمر میں) اس کی تشخیص عارضی اور بے قاعدہ حول
سے ضروری ہے۔ جو کہ دودھ پینے والے بچوں میں جن کے اندر ابھی کسی چیز کی طرف نظر قائم کرنے کی پوری صلاحیت

(۱) حول متقارب ۔

(۲) بائیں آنکھ کے عضلہ مستقیمہ انسیہ کے عمل تقصیر کی وجہ سے سامنے دیکھنے میں دونوں آنکھوں کا طبعی حالت میں ہونا ۔

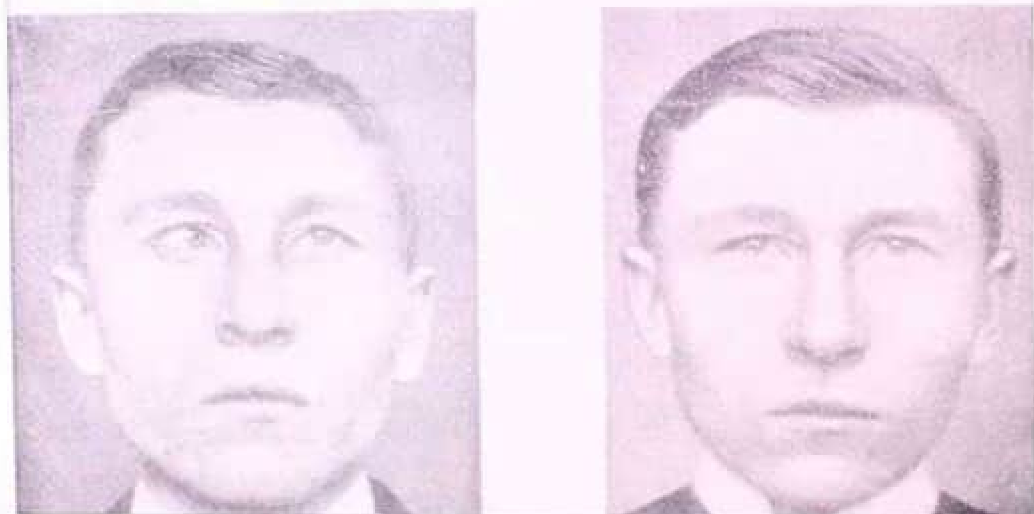
(۳) حول متقارب ۔

(۴) دونوں آنکھوں کے جانبی عضلات پر عمل تقدیم کرنے کے بعد اسی مریض کی طبعی حالت ۔

(۵) حول استدقاقی ۔

(۶) منشوری عینک لگانے کے بعد ۔


۲
۱


۴
۳


۶
۵

نہیں ہوتی ہن میں دیکھا جاتا ہے۔

یہ حول استرخائی نہیں ہوتا۔ اس کا نام عرضی یا مرافق اس لئے رکھا گیا ہے کہ استرخائی حول سے تمیز کیا جا سکے، آنکھوں کی ابتدائی وضع میں جب حول مرافق موجود ہو تو دونوں آنکھوں کے محور صحیح طور پر ایک دوسرے کے متوازی نہیں ہوتے۔ اور جب دونوں آنکھوں کو ایک طرف سے دوسری طرف گھمائیں تو غیر متوازی محوروں کا نقص اتنا ہی قائم رہتا ہے نہ زیادہ ہوتا ہے اور نہ کم۔ اس کے علاوہ صحیح آنکھ کا ثانوی گھماؤ مرافق حول کی صورت میں ماؤف آنکھ کے ابتدائی گھماؤ کے برابر ہوتا ہے کیونکہ صحیح آنکھ کا عضلہ مستقیمہ انسیہ ماؤف آنکھ کے عضلہ مستقیمہ وحشیہ کے ساتھ مل کر کام کرتا ہے لہذا جب موخر الذکر عضلہ اپنی آنکھ کو خارجی شے کی طرف ٹکٹکی باندھنے کے لئے باہر کی طرف گھماتا ہے تو صحیح آنکھ کا عضلہ مستقیمہ انسیہ بھی اتنی ہی تحریک پاکر صحیح آنکھ کو اسی قدر اندر کی طرف گھماتا ہے جس قدر کہ ماؤف جانب کی آنکھ باہر کی طرف گھوم چکی ہے یعنی اس صورت میں حجاب کرنے والے ہاتھ کے نیچے اس آنکھ کا بھی اتنا ہی گھماؤ دیکھا جائے گا جتنا کہ اس کے قبل ماؤف آنکھ میں باہر کی طرف تھا۔ مذکورہ تشخیصی نکتہ کا خیال بہت ضروری ہے کیونکہ اسی کے ذریعہ ہم استرخائی حول سے (جس میں آنکھ کا ثانوی گھماؤ ابتدائی گھماؤ سے زیادہ ہوتا ہے) اس کی تشخیص فارقہ کے قابل ہوتے ہیں۔ اس قسم کے حول میں دوار اور بصارت زوجی دونوں نہیں پائے جاتے اس کو ظاہری حول سے بھی تمیز کرنا بہت ضروری ہے۔

حول مرافق میں دونوں آنکھیں ایک ہی وقت میں مبتلا مرض نہیں ہوتیں۔ جیسا کہ بعض اوقات والدین بیان کرتے ہیں۔ اس حالت میں دونوں آنکھوں کے اندر استدقاق طبعی حالت سے زیادہ پایا جاتا ہے۔

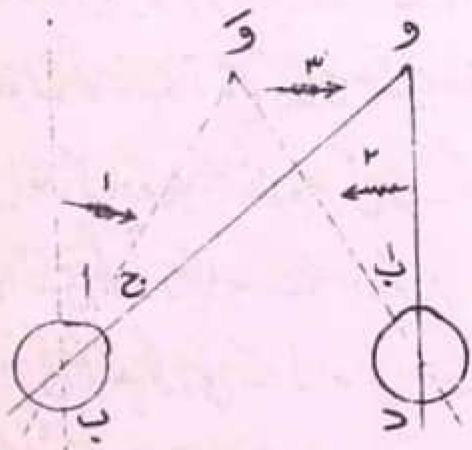
حول والی آنکھ کو دوسری آنکھ سے پہچاننے کا طریقہ (ملاحظہ ہو صفحہ ۵۵)

ماہر "ڈانڈرس" نے بیان کیا ہے کہ حول متقارب کے اکثر مریضوں میں طول بصر کی شکایت بھی لاحق ہوتی ہے۔
اس ماہر کا خیال ہے کہ طول بصر حول متقارب کا سبب ہے جس کے وجوہ ذیل میں بیان کئے جاتے ہیں۔

دونوں آنکھوں کے مناظری محور جس قدر زیادہ ایک دوسرے کی طرف استدقاقی حالت میں ہونگے (یعنی استدقاقی حالت کی ہر ڈگری کے لئے۔ تاکہ دونوں آنکھوں سے ہر شے ایک دکھائی دے) ضروری ہے کہ طاقت توفیق اسی قدر زیادہ عمل کر کے اس کمی کو پورا کرے۔ اور جس قدر دونوں آنکھوں کے محور مناظری کا استدقاقی زاویہ طبعی حالت سے زیادہ ہو گا

اسی قدر زیادہ طاقت توفیق درکار ہوگی ۔ اس عضو یاتی حقیقت سے طول بصر فائدہ حاصل کرکے مریض کی طاقت توفیق کو ایک آنکھ سے یک نظری کے لئے زیادہ مائل کر دیتا ہے اور اس طرح یہ کیفیت مناظری محوروں کے طبعی زاویہ کو بڑا کر دیتی ہے ۔ جیسا کہ عام طور پر بیان کیا جاتا ہے در اصل استدقاقی حالت کا طبعی حد سے تجاوز کر جانا صرف ماوف آنکھ کے محور میں نہیں ہوتا بلکہ دونوں آنکھیں اس میں مشارکت کرتی ہیں ۔ جس کا یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ حول اس آنکھ میں ظاہر ہوتا ہے جو کسی خاص شے کی طرف نہ دیکھ رہی ہو ۔

مذکورہ بالا امور کی توضیح کے لئے ضروری ہے کہ طبعی استدقاقی اور توفیقی طاقت کے استعمال کے وقت دیکھیں کہ کیا عمل ہوتا ہے ۔



شکل نمبر ۱۴ دونوں آنکھیں نقطہ و پر قائم ہیں طاقت توفیق اور طاقت استدقاق دونوں برسرکار ہیں ۔

اس تصویر میں دونوں آنکھیں حالت استدقاق میں ہیں اور مقام و کی طرف دیکھ رہی ہیں ۔ اس صورت میں و شے ایک اور صاف دکھائی دیتی ہے ۔ کیونکہ استدقاقی حالت نے ساتھ مناسب حد تک طاقت توفیق بھی اس کی مشارکت کر رہی ہے گو کہ دائیں آنکھ (د) اپنی ابتدائی وضع میں ہے ۔ تاہم بائیں آنکھ (ب) کے برابر استدقاق میں حصہ لے رہی ہے ۔ اگر شے و مقام د پر ہوتی تو دونوں آنکھوں سے اس کا فاصلہ برابر ہوتا ۔ مگر یہ مقام عین مرکزی خط پر ہوتا ۔ اور دونوں آنکھیں اس کی طرف دیکھنے میں ایک سا زاویہ بنائیں ۔ ان زوایا کو الف اور ب سے تعبیر کرتے ہیں ۔ اب اگر دونوں آنکھیں جانبی حرکت کریں مثلاً داہنی جانب تیر نمبر ۳ کی طرف، تو ظاہر ہے کہ بائیں آنکھ (ب) کا جھکاؤ زاویہ الف اور زاویہ ج کا مجموعہ اور زاویہ الف استدقاقی عمل کا نتیجہ ہوگا ۔ زاویہ ج اسی جانب کو حرکت کریگا ۔ اور یہ دونوں کام اس حالت میں بائیں عضلہ مستقیمہ انسیہ سے انجام پائیں گے ۔ مگر دائیں آنکھ کا استدقاق تیر نمبر ۲ کی طرف جو کہ دائیں عضلہ مستقیمہ انسیہ کی وجہ سے پیدا ہوتا تھا ۔ اب اس آنکھ کے دائیں طرف تیر نمبر ۳ کی جانب حرکت کرنے سے معادل ہو جائے گا (یہ حرکت پہلے کے مقابلہ میں اب اس آنکھ میں طرف مقابل کی جانب ہے) ۔

اگر یہ آنکھ استدقاقی حالت میں نہ ہوتی تو ب و کے ساتھ متوازی رہتی اور کسی قدر باہر کی طرف گھومتی ۔ ب کانی

طور پر اندر کی طرف گھوم گئی ہے مگر حول کی حالت پیدا نہیں ہوئی۔ کیونکہ ایک ہی شے کی طرف دیکھ رہی ہے۔

اس تصویر میں ہم حول متقارب مرافق کی کیفیت کو ظاہر کرتے ہیں

شکل نمبر ۹۴

شے د کو مریض صاف اور ایک دیکھنا چاہتا ہے۔ مگر طول بصر موجود ہونے کی وجہ سے استدقاقی حالت کے ساتھ مناسب حد تک کام کرنے کے لئے طاقت توفیق کافی نہیں ہے۔ نزدیک کی کسی شے مثلاً د کی طرف دیکھنے میں آنکھیں زیادہ استدقاقی حالت میں ہوتی ہیں۔ اس صورت میں طاقت توفیق اور زیادہ بر سر کار ہو سکتی ہے لیکن مریض شے د کو نہیں دیکھ سکتا اور بصارت زوجی پیدا ہو جاتی ہے۔ ان ہر دو عمل کو رفع کرنے کے لئے آنکھ ب سے بَ تک

دائیں آنکھ

بائیں آنکھ

حول مرافق۔ بَ کے لئے دونوں آنکھوں کا استدقاق مگر صرف ایک آنکھ اس نقطہ کے لئے ایک آنکھ اس نقطہ کے لئے قائم رہتی ہے۔ مقام و کے لئے طاقت توفیق کا استعمال ظاہر کیا گیا ہے۔

جانبی حرکت کرتی ہے جس کے بعد دائیں آنکھ (د - و) کے ساتھ گویا ایک خط میں آجاتی ہے۔ اور زیادہ توفیق کو استعمال کرکے دیکھنے کے قابل ہو جاتی ہے۔ کیونکہ زیادہ طاقت توفیق کی یہ حالت (ب) کی طرف استدقاقی حالت کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے جیسا کہ شکل بالا سے ظاہر ہے۔

اب بائیں آنکھ شے و کی طرف نہیں دیکھتی۔ لہذا حول اس میں ظاہر ہو جاتا ہے۔ حول والی آنکھ کا گھومنا زاویہ (الف) (ج و ب) کی طرف استدقاق کے بڑھ جانے کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے) اور زاویہ ج سے انجام پاتا ہے اور یہ جانبی حرکت سے پیدا ہوتا ہے۔ دائیں آنکھ میں استدقاق کی زیادتی مقابل جانب میں جانبی حرکت کی وجہ سے متعادل ہو جاتی ہے۔ دراصل دونوں آنکھوں کی یہ خواہش کہ یہ ایک شے کی طرف دیکھیں ان کو حول سے محفوظ رکھتی ہے۔ بعض آنکھوں میں جانبی حرکت نہیں ہوتی۔ بلکہ مریض اپنے سر کو دائیں جانب گھما لیتا ہے تاکہ وہ دائیں آنکھ کو شے و کے ساتھ ایک خط میں لا سکے۔

تمام طول بصر والے مریضوں میں حول نہیں ہوتا۔ اس لئے ماہر "ڈانڈرس" کا خیال ہے کہ ان میں بعض ایسے حالات بھی پائے جاتے ہیں جن کی بنا پر طول بصر والا ہر مریض بغیر شعور کے ایک طرفی حول کے ساتھ غیر صاف بصارت بالعینین کا فیصلہ کر لیتا ہے اور بیان کرتا ہے کہ موخر الذکر حالت زیادہ پسندیدہ ہے بشرطیکہ طاقت انعطافی اور تیزی بصارت دونوں آنکھوں میں یکساں ہوں۔ مگر جب ایک آنکھ اندھی ہو یا دونوں کے شبکیہ کی شبیہ میں تفاوت عظیم ہو (ایک آنکھ کی ابصارت زیادہ خراب

ہونے کی وجہ سے جس کا باعث بیاض یا دوسرے اسباب ہوں، تو ظاہر ہے کہ بصارت بالعینین کی استعداد قدرتی طور پر کم ہو گی۔ اور اس صورت میں خراب بینائی والی آنکھ اندر کی طرف گھوم جائے گی۔ کیونکہ صحیح آنکھ میں طاقت توفیق زیادہ کام کرے گی جس کا نتیجہ مذکورہ بالا صورت میں ظاہر ہو گا۔

طول بصر۔ حول متقارب کا ایک سبب مانا جاتا ہے۔ مگر صرف یہی ایک سبب حول کے واسطے کافی نہیں اور نہ یہ سب سے اہم ہے۔ جس کے وجوہ ذیل میں بیان کئے جاتے ہیں۔

(۱) اگر ماہر "ڈانڈرس" کا نظریہ ناقص نہیں ہے تو جب دونوں آنکھوں میں طول بصر لاحق ہو گا حول متقارب ضرور پایا جائے گا۔ بشرطیکہ اس کے ساتھ بصارت بالعینین کو کم کرنے والی حالتیں موجود ہوں۔ مگر ہمارا تجربہ بتاتا ہے کہ دونوں آنکھوں کے طول بصر میں بہت زیادہ اختلاف کے باوجود بصارت بالعینین قائم رہتی ہے۔ خواہ ایک آنکھ کی تیزی بصارت میں کمی کیوں نہ ہو۔ اس کے علاوہ طول بصر کے مریض جس قدر کثرت کے ساتھ نظر آتے ہیں اُن کے مقابلہ میں حول کے مریضوں کی تعداد بہت کم ہوتی ہے۔ کیونکہ بچے عموماً طول بصر ہی کے شکار رہتے ہیں۔

(۲) دوری حول میں طول بصر اور طاقت توفیق دونوں کا اثر زیادہ نہیں ہوتا۔ تاہم ان مریضوں سے صرف اتنا ہی ثابت ہوتا ہے کہ طول بصر عام طور پر حول کا سبب ہونے کے باوجود بھی اس کا کوئی بڑا سبب نہیں ہے۔ کیونکہ اس حالت میں مستقل طور پر حول کو قائم رکھنے کے لئے کوئی ایسا سبب ضرور ہے جو بعض اوقات کام کرتا ہے اور بعض اوقات نہیں۔

(۳) ماہر "ڈانڈرس" کا نظریہ اس وقت صادق نہیں رہتا جب کہ ہم حول متقارب کی حالت دونوں صحیح آنکھوں اور بعض اوقات قصر بصر والے مریضوں میں دیکھتے ہیں۔ جن میں کہ طاقت توفیق کو خاص طور پر کچھ زیادہ کام نہیں کرنا پڑتا۔

یہ واقعہ ہے کہ طول بصر کی شدید حالتوں میں حول نہیں پایا جاتا۔ اور یہ حقیقت ماہر "ڈانڈرس" کے نظریہ کے خلاف نہیں ہے۔ کیونکہ طول بصر کی شدید حالت بہت شاذ و نادر ملتی ہے۔ علاوہ ازیں ان حالات میں طاقت توفیق پر اس قدر زیادہ زور ہو سکتا ہے کہ انسدادی حالت کی وجہ سے صاف بصارت کے لئے طاقت توفیق کی مشارکت مریض پوری طرح نہیں حاصل کر سکتا۔

بعض ماہرین کا خیال ہے کہ خلقی طور پر مختلف مقابل عضلات میں توازن نہیں باقی رہتا۔ لیکن اس ادعا کا

کا کوئی ثبوت ہمارے پاس موجود نہیں ہے۔ کبھی قدرتی طور پر یکایک حول کی شکایت زائل ہو جاتی ہے۔ عموماً دسویں اور سولہویں سال کے درمیان بعد از طول بصر والی آنکھوں میں ایسا ہوا کرتا ہے۔ بالخصوص جب کہ ایک آنکھ کی بینائی خراب ہو چکی ہو اور طول بصر اپنی حالت پر قائم رہے۔ کیونکہ اس حالت میں طول بصر کم ہو جاتا ہے۔ ہمارے خیال میں حول کا سب سے بڑا سبب امتزاج تصاویر کا عدم احساس ہے اور اس میں ممد وہ حالات ہو جاتے ہیں جن کے ماتحت یہ امتزاج مشکل ہوتا ہے۔ مثلاً طول بصر، ایک آنکھ کی بصارت کا بالکل خراب ہو جانا۔ خواہ یہ حالت خلقی ہو یا اکتسابی۔

مرض کی وجہ سے طاقت توفیق کا کمزور ہو جانا اور طاقت توفیق و طاقت استدقاق کے باہمی تعلقات میں عارضی خلل کا وقوع نیز بعض اوقات بصارت کا طبعی حالت میں ہونا بھی حول کا باعث بن سکتا ہے۔ بشرطیکہ امتزاج تصاویر کا احساس ناقص ہو۔ اگر دونوں آنکھوں میں حول کی حالت بدل بدل کر لاحق ہوتی ہو یعنی کبھی اس آنکھ میں اور کبھی اس آنکھ میں حول پایا جائے تو دونوں آنکھوں کی بینائی اچھی اور یکساں ہونے کے باوجود احساس امتزاج میں خرابی واقع ہوتی ہے۔

ماہر پرسٹلے سمتھ کا خیال ہے کہ اس کی وجہ صرف احساس امتزاج کی خرابی ہے۔ اور یہ حالت بچپن ہی میں پیدا ہوتی ہے۔ نیز احساس امتزاج کی استعداد زندگی کے ابتدائی چند سال تک پوری طرح نمو یافتہ نہیں ہوتی۔ اور نہ قائم ہوتی ہے اسی لئے اس عمر میں اس کی خرابی کا امکان زیادہ ہوتا ہے۔ اور اسی وجہ سے اس عمر میں حول بھی زیادہ پایا جاتا ہے۔

۱۰۴ مریض جن میں پیدائش حول کی عمر دریافت کی گئی ان میں سے ۸۵ یعنی ۸۰ فیصدی مریضوں میں حول کی شکایت بچوں میں ۵ سال سے پہلے کی عمر میں لاحق ہوئی۔ عام طور پر اس کے شروع ہونے کی عمر ۳ سال ہے۔ طول بصر والے بچے حول متقارب میں زیادہ مبتلا ہوتے ہیں۔ کیونکہ ان کو ایک خاص شکل پر قابو پانا یعنی استدقاقی عمل کو طبعی حالت پر لانا اور اسی کے ساتھ طاقت توفیق کا عمل غیر طبعی طور پر انجام دینا پڑتا ہے۔ ایسی صورت میں صاف رویت کے لئے حول کا ہونا ضروری ہے۔ اکثر حول کی شکایت اسی طرح لاحق ہوتی ہے۔ لہذا طول بصر کو زیادہ اہمیت دینا چاہئے۔

بچوں کے عوارض۔ ام الصبیانی دورے۔ کالی کھانسی۔ خسرہ۔ ڈرنا۔ گرنا یا چوٹ لگنا اسی طرح دیگر حوادث عموماً حول کا باعث بنتے ہیں۔ کیونکہ ان حالات میں دماغی، علی مراکز کسی حد تک کمزور ہو جاتے ہیں۔ ماسٹر پرسٹلے سمتھ کا خیال ہے کہ لگاتار حول کی وجہ سے بصارت بھی کمزور ہو جاتی ہے، یا اس کے ساتھ بصارت کی کمزوری بھی پائی جاتی ہے۔

امتزاج تصاویر کے احساس سے چونکہ کام نہیں لیا جاتا اس لئے یہ معدوم ہوتا جاتا ہے اور چند سال کے بعد قطعاً اس کا امکان بھی نہیں رہ جاتا - چاہے آپریشن وغیرہ کے ذریعہ حول کو درست ہی کیوں نہ کر دیا جائے۔ علاوہ ازیں کسی شے کی طرف دیکھنے میں مریض ایک آنکھ کو اس طرف قائم نہیں کرتا۔ اس لئے قائم کرنے کی طاقت کو کھو بیٹھتا ہے۔ یہ حالت ان مریضوں میں دیکھی گئی ہے جن میں حول جلد ظاہر ہوتا ہے - اور بہت عرصہ تک قائم رہتا ہے۔ شاذ و نادر حالتوں میں چند ماہ تک حول کے قائم رہنے سے پہلے بھی ایسا دیکھا گیا ہے۔ ممکن ہے کہ حول کے جلد پیدا ہونے کی وجہ سے جب کہ ماؤف آنکھ بالکل نہ استعمال کی جائے تو اس آنکھ کے احساس شکل کا نمو بھی رک جاتا ہو۔ اور اس کی وجہ سے یہ آنکھ ہمیشہ کے لئے اندھی ہو جاتی ہو۔

حول متقارب میں بصارت دوگانی یعنی جن اشیاء کو دیکھا جاتا ہے وہ حول کے قائم رہنے کے باوجود ایک کیوں نہیں نظر آتیں؟ عام طور پر حول متقارب کے مریض بصارت زوجی کی شکایت نہیں کرتے۔ جیسا کہ حول استرخائی کے مریض عموماً بیان کرتے ہیں۔ آخر اس کی کیا وجہ ہے؟ جس شے کی طرف مریض دیکھتا ہے اس کی شبیہ دونوں قسم کے حول والی (گھومنے والی) آنکھوں میں شبکیہ کے ایسے مقام پر منتج ہے جو (قائم رہنے والی) آنکھ کے شبکیہ کے مقام شبیہ سے مطابقت نہیں کرتا۔ یعنی ایک ایسے مقام پر شبیہ منتج ہے جو کہ اندر کی طرف ہوتا ہے۔ لہذا حول والی آنکھ میں اس شبیہ کے مقام کو اگر باہر کی طرف ایک خط کی صورت میں لے جائیں تو ظاہر ہے کہ فضا میں اس شبیہ کا مترادف اسی طرف ہوگا جس طرف حول والی آنکھ ہو (Homonymous diplopia) لہذا مذکورہ بالا امور سے لازم آتا ہے کہ وہ شے بجائے ایک کے دو نظر آوے۔ اور استرخائی حول میں ضرور ایسا ہی ہوتا ہے جیسا کہ تجربہ شاہد ہے۔ لیکن سوال باقی رہ جاتا ہے کہ حول متقارب میں کیوں ایسا نہیں ہوتا؟ -

عموماً ماہرین اس کا یہ جواب دیتے ہیں کہ حول متقارب چونکہ فی نفسہ ایک عضو یاتی فعل ہے اس لئے مریض کا دماغ غیر ارادی طور پر حول والی آنکھ کی شبیہ کے احساس کو نظر انداز کر جاتا ہے، اور یہ اسی طرح ہوا کرتا ہے جیسا کہ ہم اس وقت فضا کے شور وغل اور آوازوں کو نہیں سنتے جب کہ کسی سے نہایت غور و فکر اور توجہ کے ساتھ باتیں کرنے میں مشغول ہوں۔ حالانکہ یہ آوازیں اور شور بھی دماغی مراکز سماعت تک پہونچتا ضرور ہے۔ لیکن دماغ اس کے احساس کو نظر انداز کر دیتا ہے اس کے علاوہ چونکہ یہ شبیہ صاف اور تیز نہیں ہوتی اسی لئے اور بھی دماغ ان کی طرف متوجہ نہیں ہوتا۔ علیٰ ہذا القیاس

حول والی آنکھ میں شبیہ شبکیہ کے حضیرہ مرکزی پر نہیں بنتی ۔ بلکہ اس سے ہٹ کر باہر کے مقام پر بنا کرتی ہے۔ اسی وجہ سے یہ زیادہ صاف نہیں ہوتی ۔ مگر صحیح اور تندرست آنکھ میں شبیہ شبکیہ کے حضیرہ مرکزی پر بنتی ہے اسی لئے اس آنکھ کی شبیہ صاف ہوتی ہے اور دماغ اس کا احساس کرتا ہے اور سابق الذکر کو غیر صاف ہونے کی وجہ سے نظر انداز کر جاتا ہے ۔ اسی کے ساتھ یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ حول والی آنکھ میں بیاض قرنیہ بھی موجود ہوتی ہے یا اس آنکھ میں طول بصر، یا سداد بصر، وغیرہ بھی لاحق ہوتے ہیں یعنی کوئی نہ کوئی نقص اور بھی ضرور موجود ہوتا ہے ۔ ماہرین کا خیال تھا کہ ان دقتوں کی وجہ سے بھی اس شبیہ کا نظر انداز کرنا دماغ کے لئے آسان ہے ۔

ماؤف آنکھ کی شبیہ کا عدم احساس دماغ کے لئے ممکن ہے اور متعدد اقسام کے حول میں یہ حالت مشاہدہ کی گئی ہے لیکن یہ بھی صحیح ہے کہ ہر حول میں ایسا ہی ہونا کچھ ضروری بھی نہیں ہے ۔

جن مریضوں میں حول والی آنکھ کی شبیہ کو دماغ نظر انداز نہیں کرتا ۔ ان میں ذیل کی دو باتوں میں سے ایک ضرور پائی جاتی ہے ۔

(۱) باہر کی شے جس کی طرف مریض دیکھتا ہے اس کی شبیہ شبکیہ کے جس مقام پر بنتی ہے وہ اس قدر نمو یافتہ ہو جاتا ہے کہ حضیرہ مرکزی کا فعل انجام دینے لگتا ہے ۔ گویا کہ عضویاتی حیثیت سے اس آنکھ کا یہی مقام حضیرہ مرکزی بن جاتا ہے ۔ اور اس طرح بصارت بالعینین حاصل ہو جاتی ہے ۔

(۲) بصارت زوجی باقی رہتی ہے ۔ اور مریض اس کا عادی ہو جانے کی وجہ سے اس کی پرواہ نہیں کرتا ۔

بعض صورتوں میں پہلی حالت عام طور پر ملتی ہے اور بعض میں دوسری دیکھی جاتی ہے ۔ مذکورہ دونوں حالتوں میں سے سابق الذکر کے اغلب ہونے کی وجہ یہ بھی خیال کی جاتی ہے کہ حول متقارب کے مریضوں کے آپریشن کے بعد بصارت زوجی متقاطع پیدا ہو جاتی ہے ۔ گویا کہ دونوں آنکھوں کے محوروں کے یکساں ہونے پر مریض کی آنکھ کا جو مقام حضیرہ مرکزی کا فعل انجام دے رہا تھا اس کی شبیہ بھی چونکہ صاف ہوتی ہے اس لئے اب یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے ۔

دوسری حالت کے غالب آنے کی وجہ یہ بیان کی جاتی ہے کہ پڑھے لکھے مریضوں کا غور سے معائنہ کرنے پر اگر سرخ شیشہ ان کی آنکھ کے سامنے لگایا جاتا ہے تو بصارت زوجی کو وہ محسوس کرتے ہیں ۔

اگر بصارت بالعینین کی طاقت نمو یافتہ ہونے کی وجہ سے حول کی شکایت لاحق ہو تو اس صورت میں بصارت

زوجی کا نہ ہونا کوئی تعجب کی بات نہیں ہے۔

حول والی آنکھ کا ضعف بصارت ۔ حول متقارب کے اکثر مریضوں میں جب کہ ان کی آنکھ میں انعطافی خرابی خاص طور پر نمایاں نہ ہو۔ یا سداد بصر نہ پایا جاتا ہو اور انعطافی واسطوں میں بھی کسی قسم کی غیر شفافیت نہ موجود ہو تو بھی بعض اوقات آنکھ میں اندھاپن پایا جاتا ہے۔ اس کو ماہرین نے عام طور پر تسلیم کیا ہے اور بیان کیا ہے کہ اس اندھاپن کی وجہ یہ ہے کہ اس آنکھ کو مریض استعمال نہیں کرتا۔ کیونکہ دماغ اس کی شبکیہ والی شبیہ کو نظر انداز کرجاتا ہے۔ اس لئے اس کا نام (Amblyopia-ex-anopsia) رکھا ہے یعنی "شبکیہ کا نقص بصر بغیر ظاہری مرضی کیفیت کے"

"ماہر شوگر" (Schweigger) کا خیال ہے کہ اگر یہ نظریہ درست ہو تو ہمیشہ بچوں میں معمولی ضعف بصر اس حالت کے ساتھ حول والی آنکھ میں پایا جانا چاہئے اور ضعف بصر ان جوانوں میں جن میں کہ حول مدت تک رہ چکا ہو بہت زیادہ ہونا چاہئے بالخصوص جن کا آپریشن نہ کیا گیا ہو اور ان میں ایک آنکھ کا حول بچپن ہی سے قائم ہو۔ مگر تجربہ بتاتا ہے کہ شدید ضعف بصر حول والی آنکھ میں بچوں میں پایا جاتا ہے اور جوانوں میں حول والی آنکھ کی بینائی اکثر اچھی ہوتی ہے۔ مختصر طور پر کہا جاسکتا ہے کہ حول والی آنکھ میں ضعف بصر ایک بڑھنے والی حالت نہیں جیسا کہ کسی شے کے نہ استعمال کرنے پر ہوسکتی ہے۔

اکثر یہ بھی دیکھا جاتا ہے کہ اگر حول والی آنکھ کو کھلا رہنے دیں اور تندرست آنکھ کو ڈھک دیں تو حول والی آنکھ کسی شے کی طرف دیکھنے میں اس شے کو اپنے حضیرہ کے سامنے نہیں لاتی۔ بلکہ پہلی حالت میں قائم رہتی ہے اور پہلے سے بھی زیادہ اندر کی طرف گھوم جاتی ہے (حول والی آنکھ میں ضعف بصر جو کسی شے کو دیکھنے میں اپنے آپ کو حضیرہ مرکزی سے باہر کی طرف قائم کرتی ہے) اس قسم کی آنکھوں میں یا اس سے کم شدید حالتوں میں گو کہ مرکز کے باہر بھی کسی جگہ پر آنکھ کسی شے پر قائم نہیں ہوتی تاہم حضیرہ مرکزی سے کسی شے کو دیکھنے کی طاقت زائل ہوجاتی ہے اور آنکھ کو قائم کرنے کی طاقت میں استقلال قائم نہیں رہتا۔ گویا کہ شبکیہ کے تمام حصص اس مصرف کے لئے یکساں ہوتے ہیں۔

ماہرین کا خیال ہے کہ ضعف بصر میں یہ حالت عام طور پر ملتی ہے اور حول کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہوتی ہے مگر بعض اوقات ایسی حالت خلقی بھی دیکھنے میں آتی ہے۔ جس میں ایک آنکھ میں شدید ضعف بصر لاحق ہوتا ہے۔

ماہر ورتھ (Worth) کا خیال ہے کہ ان مریضوں میں حول والی آنکھ کی انعطافی طاقت دوسری آنکھ

کی انعطافی طاقت سے بہت زیادہ فرق رکھتی ہے اور شدید ضعف بصر ہونے کے باوجود دونوں آنکھوں کی شبیہ کا ادغام اچھا خاصا ہو جاتا ہے۔

اس قسم کے ضعف بصر والی آنکھوں میں کسی اور نقص کا ہونا اس بات کی دلیل ہے کہ اگر ان آنکھوں کو الگ استعمال کیا جائے تو اُن کی بینائی بہتر ہو جاتی ہے۔ ماہر "شواگر" کا خیال ہے کہ بینائی کی یہ بہتری جن آنکھوں میں پیدا ہوتی ہے ان میں دراصل شبکیہ کی کمزوری کی وجہ سے مذکورہ شکایت لاحق ہوتی ہے۔ اگر شروع سے ہی مریض کو تاکید کر دی جائے کہ وہ امتحان بصارت والے حروف کو غور سے دیکھیں تو ان کے ذریعہ بصارت کی تیزی پیدا ہو سکتی ہے۔

اکثر حالات میں ماؤف آنکھ کو الگ استعمال کرنے سے بصارت بہتر نہیں ہوتی خواہ اس کا نقص کم ہی کیوں نہ ہو اور یہ بھی جس آنکھ کے اندر کوئی نقص نہ ہو اس کے ضعف بصر کے خلاف ایک دلیل ہے۔

حول متعارب میں دونوں آنکھوں کی بصارت کا بہتر ہونا اس قسم کے ضعف بصر کے لئے کوئی دلیل نہیں اس کے خلاف ایک دلیل یہ بھی ہے کہ خلقی حول میں آپریشن کے بعد بینائی بہتر ہو جاتی ہے۔ خواہ یہ آپریشن جوانی کی عمر میں کیوں نہ کیا جائے بعض ماہرین کے خیال میں حول والی آنکھ میں ضعف بصر خلقی طور پر پایا جاتا ہے۔ اور یہ حول کے نتیجہ کے طور پر لاحق نہیں ہوتا۔

حول اس کے پیدا ہونے کا ایک ایسا ہی سبب ہے جیسا کہ بیاض قرنیہ۔ یا انعطافی طاقت کی زیادہ خرابی۔ اس بارے میں مختلف ماہرین میں اختلاف رائے ہے جس کے وجوہ میں سے ایک وجہ مختلف عمر میں ان مریضوں کا علاج ہے ان طریقوں پر بھی اس کا انحصار ہوتا ہے جو عمل جراحی کے لئے اختیار کئے جاتے ہیں۔ یا جن کے ماتحت آنکھ کی بصارت کو بہتر بنانے کی کوشش کی جاتی ہے۔ مستقل طریقہ پر علاج کا سلسلہ جاری رہنے اور مریض کے والدین کو مناسب علاج کی طرف متوجہ ہونے کو بھی اس میں دخل ہے۔ مگر جن مریضوں کی بصارت خراب نہ ہو یا جن میں مرکزی عمیقے موجود ہوں ان کی ضعف بصر والی آنکھ کا میدان بصر طبعی حالت میں ملتا ہے۔

ماہر "ورتھ" اور "پرسٹلے سمتھ" کی رائیں متفق ہیں۔ ان کا خیال ہے کہ مرکزی طور پر آنکھ کو کسی شے کی طرف قائم کرنے کی طاقت بچپن ہی میں مفقود ہو جاتی ہے۔ اسی وجہ سے جس قدر جلد حول لاحق ہو اسی قدر زیادہ ضعف بصر پایا جاتا ہے۔ چھ سال کی عمر کے بعد حول کی شکایت لاحق ہونے سے اس قسم کا ضعف بصر شاذ و نادر ہی لاحق ہوتا ہے۔

تجربہ ماہر "شواگر" کی اس دلیل کی مخالفت کرتا ہے کہ ضعف بصر کی زیادتی تدریجی نہیں ہوتی۔

مرضی حیثیت سے حول متقارب کی تین قسمیں ہیں۔

(۱) دوری (periodic) (۲) حول متعاقب قائم (Permanent alternating) مستقل ایک ہی آنکھ کا حول (Permanent monolateral)

حول دوری۔ کبھی کبھی ظاہر ہوتا ہے اور غالباً اس کا ظہور اس وقت ہوتا ہے جب کہ طبعی حالت سے زیادہ طاقت توفیق کے استعمال کی ضرورت ہو۔ بسا اوقات یہ ایک آنکھ والے مستقل حول کا پہلا درجہ ہو سکتا ہے۔ مگر یہ ضروری نہیں کہ موخر الذکر دونوں قسمیں دوری حول کا نتیجہ ہی ہوں۔ یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ دوری حول ہمیشہ دوری رہا ہے۔

حول متعاقب۔ میں مریض کی دونوں آنکھوں میں حول کی شکایت ہوتی ہے۔ کبھی اس آنکھ میں اور کبھی اس آنکھ میں۔ یہ ایک آنکھ سے دوسری آنکھ میں منتقل ہوتا رہتا ہے۔

ایک ہی آنکھ والا مستقل حول۔ ایک ہی آنکھ میں مستقل قائم رہتا ہے۔

حول متقارب کے ناپنے کا طریقہ

حول والی آنکھ کے گھماؤ کو ناپنا ذیل کے طریقوں میں سے کسی ایک طریقہ سے انجام دیا جا سکتا ہے۔ مگر ان تمام طریقوں میں یہ ضروری ہے کہ معائنہ کے دوران میں مریض سے کہہ دیا جائے کہ وہ اس شے کی طرف دیکھتا ہے جو کہ اس مصرف کے لئے درمیانی خط اور آنکھ کے بالمقابل رکھی ہے (اس کو ہم ابتدائی وضع کہتے ہیں) اگر کسی نزدیک والی شے کی طرف دیکھا جائے تو حول کا زاویہ عموماً طاقت توفیق کی طرح بڑھتا جاتا ہے۔

پہلا طریقہ۔ ماہر "ہرش برگ" (Hirschberg) کا ہے۔ مریض کی آنکھوں کے بالکل سامنے ایک فٹ کے فاصلہ پر جلتی ہوئی موم بتی رکھدی جائے اور مریض سے شعلہ کی طرف دیکھنے کو کہا جائے یا اسی فاصلہ پر لٹکے ہوئے روشن منظار عین کے مرآۃ پر نظر جمانے کے لئے مریض کو تاکید کریں۔ اور معائنہ کرنیوالا قرنوی انعکاس سے گھماؤ کو معلوم کرے۔ اگر حول بالکل نہ ہو تو قرنوی انعکاس حدقۂ عین کے مرکز کے ذرا اندر کی طرف دکھائی دیتا ہے۔ مگر حول متقارب کی حالت میں یہ انعکاس باہر کی طرف کو ہٹ جاتا ہے۔ ماہر ہرش برگ "حول کی پانچ مختلف قسمیں قرار دیتا ہے۔

حدقۂ عین کا اوسط کنارہ (۳ مم)
قرنیہ کا کنارہ
۱ ۲ ۳ ۴ ۵

شکل نمبر ۱۵۰

پہلا گروہ - ان مریضوں کا ہے جن کی دائیں آنکھ میں قرنوی انعکاس حدقۂ عین کے مرکز کے نزدیک ہونے کے بجائے کنارے کے نزدیک ہوتا ہے - یہ حول ۱۰ ڈگری سے کم کا تسلیم کیا جاتا ہے -

دوسرا گروہ - ان مریضوں کا ہے جن میں قرنوی انعکاس ٹھیک حدقی کنارے پر یا اس کے نزدیک ہی ملتا ہے یہ حول ۱۲ سے ۱۵ ڈگری تک ہوتا ہے

تیسرا گروہ - جن مریضوں کا قرنوی انعکاس حدقی کنارے کے درمیان ہوتا ہے ان میں یہ حول ۲۵ ڈگری کا ہوتا ہے

چوتھا گروہ - قرنوی انعکاس قرنیہ کے کنارے پر یا اس کے نزدیک ملتا ہے یہ حول ۴۵ ڈگری کا ہوتا ہے -

پانچواں گروہ - قرنوی انعکاس صلبیہ پر دکھا جاتا ہے - یعنی مقلۂ عین کے استوا اور قرنوی کنارے کے درمیان ہوتا ہے - یہ حول ۸۰ ڈگری کا ہوتا ہے - مذکورہ طریقہ معمولی پریکٹس کے لئے بہترین ہے -

دوسرا طریقہ - ماہر "پرسٹلے سمتھ" کا ہے اس طریقہ میں حول کو ایک دوہرے فیتے سے ناپتے ہیں - منظار عین کو بھی ساتھ ہی استعمال کرتے ہیں جیسا کہ شکل نمبر ۱۵۲ و ۱۵۲/۱ میں دکھایا گیا ہے -

شکل نمبر ۱۵۱

انگوٹھی (مریض)
معائنہ کرنے والے کے ہاتھ کی انگوٹھی
دائیں آنکھ
بائیں آنکھ
وزن
انگوٹھی
حول متقارب (دائیں آنکھ)
شکل نمبر ۱۵۲
حول متسع (دائیں آنکھ)
شکل نمبر ۱۵۲/۱

اس طریقہ میں معائنہ کرنے والا اپنے ایک ہاتھ میں منظار عین لیتا ہے - ایک انگوٹھی اسی ہاتھ کی انگشت شہادت میں پہنتا ہے جس میں کہ منظار عین ہوتا ہے - اور مریض کے چہرے سے معائنہ کرنے والے کی آنکھ کا فاصلہ ایک میٹر ہوتا ہے - اب یہ اپنا خالی ہاتھ مریض کو دکھاتا ہے تاکہ مریض ٹکٹکی باندھ کر اس کے ہاتھ کو دیکھے (معائنہ کرنے والے کا ہاتھ مریض کے سامنے جانبی وضع میں ہوتا ہے - یعنی ہاتھ کی چوڑی اور چپٹی جانب مریض کے مقابل نہیں ہوتی) اور اسی ہاتھ کی انگلیوں کے درمیان فیتے کو جس کے سرے پر معمولی وزن بندھا ہے تاکہ یہ فیتہ اس کی وجہ سے کھنچا رہے لے لیتا ہے - عام اس سے کہ وہ ہاتھ کو مریض کی طرف لائے یا اس سے دور لے جائے -

شکل نمبر ۱۵۲ میں حول متقارب کی شکایت دائیں آنکھ میں ہے - مریض لیمپ کے نیچے ہے، اور فیتے کو پکڑے ہوئے ہے کر

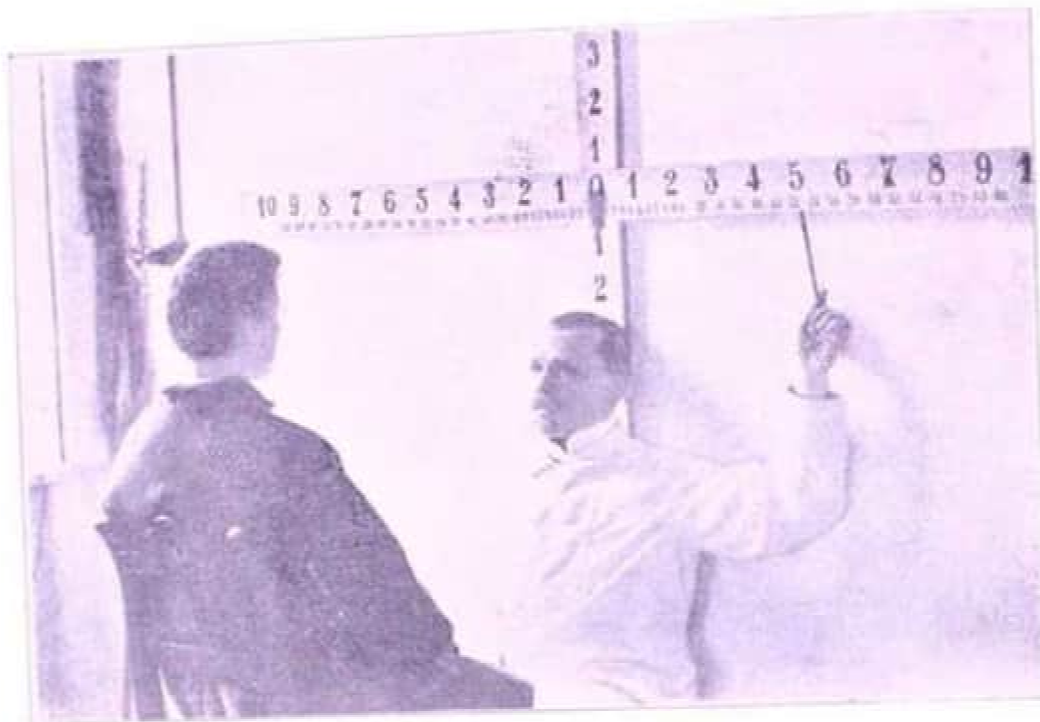
مریض سے منظار عین کے مراۃ کی طرف دیکھنے کی تائید کی گئی ہے معائنہ کرنے والا انگوٹھی پکڑے ہوئے دائیں ہاتھ سے منظار عین کے ذریعہ مریض کی بائیں آنکھ (ٹکٹکی باندھنے والی آنکھ) میں روشنی ڈالتا ہے۔ قرنوی انعکاس اس آنکھ میں ٹھیک حدقی کنارے کے درمیان میں پایا جاتا ہے جس سے یہ نتیجہ اخذ ہوتا ہے کہ یہ آنکھ ٹھیک دیکھ رہی ہے۔

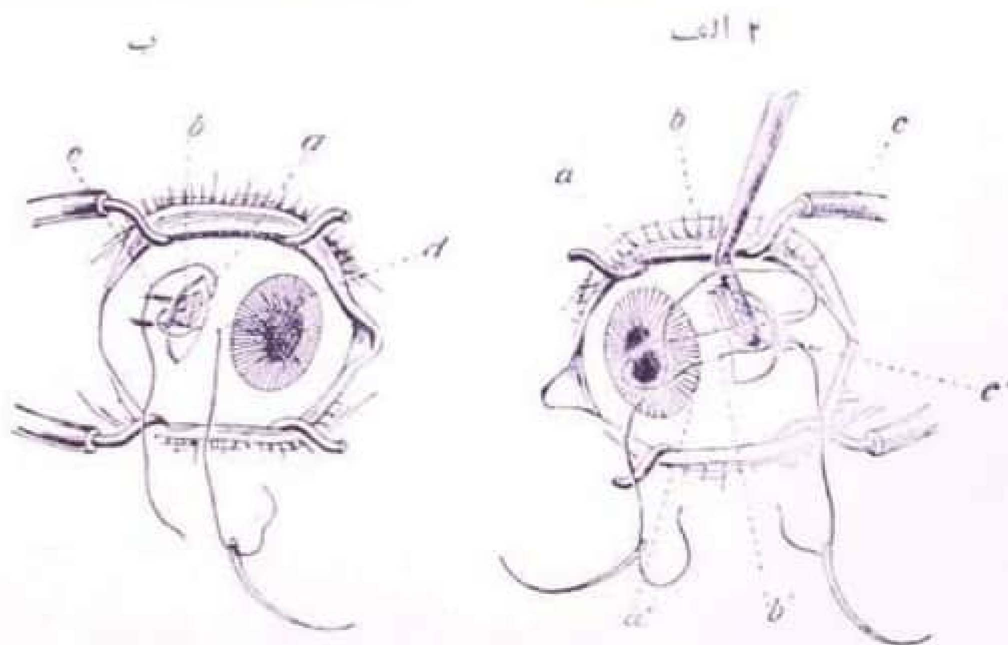
اس کے بعد معائنہ کرنے والا روشنی کو مریض کی دائیں آنکھ پر ڈالتا ہے۔ اور قرنوی انعکاس کو دیکھتا ہے یہ انعکاس باہر کی طرف دکھائی دیتا ہے جس سے معائنہ کرنے والا یہ نتیجہ اخذ کرتا ہے کہ یہ آنکھ اندر کی طرف گھوم گئی ہے۔ اب نشان کردہ فیتہ کو بائیں ہاتھ کی انگلیوں میں لے لیتا ہے اور مریض کو تاکید کرتا ہے کہ وہ ہاتھ کو دیکھتا رہے۔ معائنہ کرنے والا ہاتھ کو فیتے کے ساتھ ساتھ باہر کو گھماتا ہے۔ اور اسی کے ساتھ گھومنے والی آنکھ میں قرنوی انعکاس کو دیکھتا ہے۔ جب انعکاس حدقی رقبہ کے وسط میں چلا جاتا ہے تو معائنہ کرنے والا فیتہ پر اپنے ہاتھ کی جگہ کو پڑھ لیتا ہے اس شکل میں گھومنے والی آنکھ کا محور د سے و تک گیا ہے۔ اور اس سے زاویہ د۔ د۔ و بنا ہے نہ گھومنے والی آنکھ ب کا محور زاویہ د۔ ب۔ ب تک حرکت کرتا ہے جس کو فیتے سے ناپا جا سکتا ہے یہ و۔ کے گھماؤ کے برابر ہے۔

شکل نمبر ۱۵۳ حول تسع کو ناپنے کے طریقہ کو ظاہر کرتی ہے اس میں حول دائیں آنکھ میں ہے۔ پہلی شکل کے لحاظ سے اس میں ہاتھ تبدیل ہو جاتے ہیں مگر اصول وہی باقی رہتا ہے۔

ماہر میڈکس کا مقیاس مماسی (Maddox's tangent scale) اور ماہر ورتھ (Worth) کا مقیاس حول جن میں بجلی کی روشنی قرنیہ پر ڈالی جاتی ہے۔ یہ بھی اسی اصول پر بنے ہوئے ہیں۔ بالخصوص موخرالذکر بچوں میں زیادہ کارآمد ہے۔ نشان دار فیتہ حقیقتاً نشان دار قوس کے قائم مقام ہے۔ اور یہ زاویہ کے خط مماس کے انحراف کو ظاہر کرتا ہے۔ حول کے ناپنے میں ہم دراصل صحیح آنکھ کے اندر یا باہر کی طرف گھماؤ کو ناپتے ہیں اور پھر اسی کے مطابق منحرف آنکھ کے انحراف کا فیصلہ کرتے ہیں۔ اگر دونوں آنکھوں کی حرکات کم و بیش ہوں یعنی حول متعاقب نہ ہو تو ظاہر ہے کہ اخذ کردہ نتیجہ غلط ہوگا۔ اس طریقہ کو الفاظ میں بیان کرنا گو مشکل امر ہے لیکن عملی حیثیت سے یہ اطمینان بخش اور آسان ہے۔

تیسرا طریقہ۔ مقیاس محیط النظر (Perimeter method) کے ذریعہ حول کے ناپنے کا ہے جس میں محیط النظر





(۱) ماڈو میڈکس کا مقیاس مماسی ۔

(۲) (الف) عمل تقصیر برائے حول ۔

(ب) عمل تقدیم برائے حول ۔

A. B. C. D. ٹانکہ لگانے کی ترکیب ۔

اس زاویہ حول کی پیمائش ہوتی ہے۔ جو گھومنے والی آنکھ کا اس طرف سے محور بصری بناتا ہے جس طرف اس کو طبعی حالت میں حرکت کرنا چاہیے اس کو معلوم کرنے کے لئے ہم مقیاس محیط النظر استعمال کرتے ہیں۔ فرض کیجئے کہ دائیں آنکھ گھومنے والی ہے اور ب د پ مقیاس محیط النظر کی قوس ہے اور مریض آلہ کے سامنے اس طرح بیٹھا ہے کہ اس کی حول والی آنکھ کا نقطہ بصر زیر معائنہ ہے۔ اب مریض کو دور کی شے الف کی طرف اپنی صحیح آنکھ ل سے دیکھنے کی تاکید کی جاتی ہے۔ تو ایسی صورت میں اس کا خط ابصار جو ر سے شروع ہوتا ہے مقام و سے گزرنا چاہیے۔ اس طریقہ پر گویا و ـ ر ـ ن زاویہ حول ہوگا معائنہ کرنے والا ایک روشن موم بتی لے کر مقیاس محیط النظر کی قوس پر مقام ن کو معلوم کرتا ہے جہاں سے وہ موم بتی کے شعلے کے نیچے سے اپنی آنکھ کے ذریعہ اس شعلے کے قرنوی انعکاس کو ٹھیک حدقہ عین کے وسط میں دیکھتا ہے یہ شعلہ مقام ن پر ہوگا اور اسی مقام سے زاویہ حول کی پیمائش کی جاسکتی ہے۔ اس طریقہ سے ہم کو محور بصری معلوم ہوجاتا ہے اور محور بصری ہی کے معلوم کرنے کی ضرورت تھی یہ محور بصری چند ڈگری اندر کی طرف ہوتا ہے۔ ساتھ ہی اس کے مذکورہ زاویہ کے مطابق بھی ہوا کرتا ہے۔ ملاحظہ ہو شکل نمبر ($\frac{۱۵۳}{ب}$)

چوتھا طریقہ ۔ ماہر میڈکس "کا مقیاس مماسی۔ اس آلہ کے ذریعہ حول کو مریض کے احساس کے ذریعہ ناپتے ہیں یعنی بصارت زوجی اگر ہو تو اس کے ذریعہ اور اس کے علاوہ مرئی طور پر قرنوی انعکاس کے معائنہ کے ذریعے۔ موخر الذکر گویا ماہر پرسٹلے سمتھ "کے طریقہ کی ایک صورت ہے۔ اس آلہ پر دو قسم کے حروف ہوتے ہیں جن میں سے بڑے حروف ۵ میٹر کے فاصلہ سے پڑھنے کے لئے اور چھوٹے ایک میٹر سے اس کے مرکز میں یعنی مقام و ـ پر ایک بتی لگا دی جاتی ہے اس کے ساتھ ایک میٹر لمبا ایک فیتہ ہوتا ہے تاکہ مریض کا فاصلہ ایک میٹر ٹھیک رکھنے میں آسانی ہو و کے ایک طرف حروف سرخ رنگ کے ہوتے ہیں اور دوسری طرف سیاہ رنگ کے جب بصارت زوجی موجود ہوتی ہے تو مریض سے کہا جاتا ہے کہ کاذب شبیہ جس حرف پر منبی ہے اس کو بتائے۔

طریق مرئی میں معائنہ کرنے والا نقشہ کے و کے نیچے مریض کی طرف منہ کرکے بیٹھ جاتا ہے اور حول والی آنکھ کے قرنیہ پر بتی کے انعکاس کو جو کہ غیر طبعی مقام پر ہوتا ہے نوٹ کرتا ہے اور مریض سے کہتا ہے کہ وہ اس کے مطابق حروف کو دیکھے۔ اگر معائنہ کرنے والے کا اندازہ ٹھیک ہوتا ہے تو قرنوی انعکاس صحیح مقام پر آجاتا ہے۔ اگر یہ انعکاس ٹھیک نہ ہو تو مریض سے کہا جائے کہ دوسرے حروف کی طرف دیکھے یہاں تک کہ قرنیہ کے انعکاس کا مقام ٹھیک ہوجائے۔

حول متقارب افق میں آنکھ کی حرکات کی طاقت - زیادہ دنوں کے حول میں ماوف آنکھ کی حرکت کی قابلیت میں خرابی لاحق ہو جاتی ہے۔ بعض اوقات یہ خرابی صحیح آنکھ میں بھی پائی جاتی ہے۔ آنکھ کی حرکات کے پیمائش کا طریقہ ہم پہلے بیان کر چکے ہیں۔ حول کی حالت میں صرف اس امر کا موازنہ کیا جاتا ہے کہ ماوف آنکھ کی حرکت مقابلۃً باہر کی طرف کس قدر ہے اور کہاں تک طبعی حالت سے کم ہے۔ حول متقارب کے علاج کو پوری طرح سمجھنے کے لئے مذکورہ امور کے علاوہ مندرجہ ذیل باتوں کا معلوم کرنا بھی ضروری ہے۔ حول والی آنکھ کی طاقت قیام جس کے ذریعہ یہ کسی شے کی طرف دیکھنے میں اپنے آپ کو اس شے پر قائم کر سکتی ہے (۲) بصارت زوجی پائی جاتی ہے یا نہیں (۳) احساس امتزاج کہاں تک موجود ہے (۴) ماوف آنکھ کی انعطافی حالت (۵) بصارت کی تیزی کس قدر ہے۔

بہت چھوٹے بچوں کی بصارت کا معائنہ کرنے کے لئے ماہر ورتھ" نے سفارش کی ہے کہ ہاتھی دانت کی چھوٹی چھوٹی گولیاں استعمال کی جائیں جن کا حجم مختلف ہو۔ ان کو فرش پر بکھیر دیا جائے۔ اور بچے سے ان کو اکٹھا کرنے کے لئے کہا جائے۔

حول متقارب مرافق کا علاج (الف) ازالہ اسباب کے ذریعہ معالجہ کلی طول بصر اور سداد بصر کو معلوم کر کے عینک کا لگانا اور ہمیشہ استعمال کرنا۔ انعطافی طاقت کو معلوم کرنے کے لئے بچوں میں ایٹروپین کا استعمال بہت ضروری ہے۔ اس کا استعمال برابر جاری رکھا جائے یہاں تک کہ مریض کو عینک استعمال کرتے ہوئے کچھ عرصہ گذر جائے۔ بعض ماہرین ۱۲ ماہ یا اس سے بھی کم عمر بچوں کے لئے عینک کا استعمال ضروری بتاتے ہیں۔ عینک کے لگا لینے کے وقت حول کم یا بالکل غائب ہو جاتا ہے۔ طاقت توفیق پر جو زیادہ زور پڑتا ہے وہ اس کے پہننے سے رفع ہو جاتا ہے۔ اس کے علاوہ بینائی کو بہتر بنانے میں بھی اس سے فائدہ پہونچتا ہے۔ ٹکٹکی باندھنے والی آنکھ میں ایٹروپین ڈالنے سے عینک کے لگانے میں مدد ملتی ہے۔

(ب) **علاج مختص باعتدال البصارت عینین** (Orthoptic treatment) ماہر جاوال کو یہ عزت حاصل ہوئی ہے کہ اس نے اس طریقۂ علاج کو ایجاد کیا ہے۔ اس کے ذریعہ ضعف بصارت کے پیدا ہونے میں کمی ہوتی ہے اور احساس امتزاج کو بڑھانے یا سکھانے کی کوشش کی جاتی ہے۔ ضعف بصر کے تدارک کے لئے تندرست آنکھ کو دن میں چند گھنٹوں کے لئے بند کر دیا جاتا ہے۔ یہ مدعا پٹی لگانے کے بجائے ایٹروپین ڈالنے سے بھی حاصل ہو جاتا ہے

کبھی ایسا کرنے سے صحیح آنکھ میں حول منتقل ہو جاتا ہے۔ بالخصوص اس وقت جب کہ حول والی آنکھ اس حالت میں نزدیک کے کام کرنے یا پڑھنے کے لئے استعمال کی جائے۔ جب اس آنکھ کی بینائی بخوبی درست ہو جائے تو احساس امتزاج کو بڑھانے کی کوشش کرنی چاہیے۔ اگر مریض کو بصارت زوجی کا احساس نہ ہو تو اس کو پیدا کیا جائے۔ اور یہ اس وقت ممکن ہوتا ہے جب کہ حول والی آنکھ بہت زیادہ خراب نہ ہو۔ مریض کے لئے بصارت زوجی کا پیدا کرنا اس امر پر منحصر ہے کہ اس کو ہم مسلسل حول والی آنکھ کی شبیہ کا شعور دلائیں اور یہ منشوری شیشے کے ذریعہ ممکن ہے یعنی مصنوعی طور پر زوجی بصارت پیدا کی جائے۔ منشوری شیشہ آنکھ کے نیچے رکھا جائے اس کا قاعدہ نیچے کی طرف ہو۔ یا سرخ رنگ کا شیشہ حول والی آنکھ کے سامنے رکھ کر سامنے روشن موم بتی کی طرف دیکھنے کی تاکید کریں۔ یہ ورزشیں روزانہ کی جائیں۔ یہاں تک کہ بصارت زوجی بغیر کسی منشوری شیشے کے پیدا ہو جائے۔

بصارت زوجی پیدا ہونے کے بعد مریض سے کہیں کہ وہ دونوں شبیہوں کو مدغم کرنے کی کوشش کرے تاکہ بصارت بالعینین (یک نظری) پیدا ہو جائے۔ اس مقصد کے لئے ہم نظارہ منشوری مجسمہ (Stereoscope) کو استعمال کرتے ہیں۔ ماہر ورتھ کا (Amblyoscope) یا آج کل کا ترمیم کردہ وہ آلہ استعمال کرنا چاہیے۔ جس میں شبیہات کو دیکھنے کے لئے روشنی کم و زیادہ کی جاسکتی ہے احساس امتزاج کو بڑھانے کے لئے یہ ورزشیں اس عمر میں کرنا چاہئے جس میں کہ طبعی طور پر یہ احساس پیدا ہوتا ہے۔ ۶ سال کی عمر کے بعد اس کوشش میں ناکامی ہوتی ہے اور اس کو برسر کار لانے کے لئے بہت زیادہ صبر و استقلال کی ضرورت ہوتی ہے۔ مگر اس کے باوجود آج کل بعض ۹-۱۰ سال کے مریضوں کا علاج اس طریقہ سے کرنے پر بصارت بالعینین (یک نظری) کے حصول میں کامیابی ہوئی ہے۔

یہ مریض چونکہ بچے ہوتے ہیں اس لئے ان کے واسطے ان ورزشوں میں صرف معمولی تصاویر استعمال کی جاتی ہیں جن کو نیچے اوپر کرنے سے امتزاجی کیفیت حاصل ہوتی ہے۔ ان تصاویر میں گویا صرف دو ضلع ہوتے ہیں تیسرا ضلع غائب ہوتا ہے۔ شروع شروع میں یہی تصویریں کافی ہو جاتی ہیں۔ پھر ان کے بعد بتدریج اقلیدس (جامیٹری والی) شکلیں استعمال کی جاتی ہیں۔ تاکہ مجسم کا احساس بھی مریضوں میں پیدا ہو سکے۔

ماہر ورتھ کا خیال ہے کہ یہ علاج کسی معالج کے زیر نگرانی انجام دیا جائے۔ کیونکہ جن بچوں میں اس کی مشق کی اہلیت ہوتی ہے وہ اس عمر سے زیادہ عمر کے ہوتے ہیں جس میں کہ احساس امتزاج پیدا ہوتا ہے۔ مذکورہ طریقہ علاج

ان مریضوں میں بھی مفید ثابت ہوتا ہے جن میں آپریشن کیا گیا ہو۔ لہذا آپریشن کے بعد اس طریقۂ علاج سے مدد حاصل کرنا ضروری ہے۔ مگر اس میں مریض اور اس کے والدین دونوں کے صبر و دانشمندی کی زیادہ ضرورت ہے۔

(ج) **جرحی علاج**۔ بعض ماہرین کا خیال ہے کہ اس سلسلہ میں عمل جرحی بالکل بیکار ہے۔ لہذا اس طریقۂ علاج کو اس وقت تک ہرگز اختیار نہ کرنا چاہئے جب تک کہ مذکورہ ورزشین ناکام نہ ثابت ہو جائیں۔ یا اس وقت اس کو اختیار کیا جائے جب کہ موخر الذکر طریقہ زیادہ طوالت والا معلوم ہو یا اس سے فائدہ پہونچنے کی رفتار بہت سست ہو۔ ان تمام باتوں کے باوجود ماہرین کی کثیر تعداد اب بھی اعمال جرحیہ سے حول کا علاج کرتی ہے اور مذکورہ طریقہ کو بعض اوقات امداد کے طور پر اختیار کیا جاتا ہے۔ بعض ماہرین ایسے بھی ہیں جو ان کو استعمال نہیں کرتے۔ حول کے مریض کا آپریشن کس عمر میں کرنا چاہئے؟ اس کے متعلق ماہرین آپس میں مختلف الرائے ہیں۔ عام طور پر آپریشن کے لئے ۵-۶ سال کی عمر تک انتظار کیا جاتا ہے۔ مگر جن ماہرین نے مختلف مناظری کیفیات کا مطالعہ کیا ہے اُن کی رائے ہے کہ آپریشن جس قدر جلد کر دیا جائے اُتنا زیادہ مناسب ہے۔ کیونکہ حول مرافق عصبی خرابی کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ اس میں عضلی خرابی مطلقاً نہیں ہوتی۔ اور یہی وجہ ہے کہ اس کے علاج کے لئے ایسے اصول وضع نہیں کئے جا سکے کہ جن کی بنا پر ہم مریض کے حالات کے مطابق نتیجہ اخذ کر سکیں۔ ہاں صرف وہ مریض جن میں کہ بصارت بالعینین کے حصول میں کامیابی ہو سکتی ہے۔ ان میں یہ ممکن ہے کہ حول کو جہاں تک ہو سکے درست کر دیں اور بقیہ کو مریض کے احساس امتزاج پر چھوڑ دیں اور پھر مریض اس احساس کے ذریعہ باقیماندہ حول کو رفع کر لے۔

زمانۂ سابقہ میں عموماً ماہرین قطع وتر (Tenotomy) کا آپریشن کرتے تھے۔ عام اس سے کہ ایک عضلۂ مستقیمہ کا یا بیرونی واندرونی دونوں عضلات مستقیمہ کا اس کے علاوہ بیرونی عضلۂ مستقیمہ کے بڑھانے کا عمل جرحی کیا جاتا تھا۔ (تقدیم عضلۂ مستقیمہ وحشیہ) مگر آج کل صرف عضلۂ مستقیمہ وحشیہ کا عمل تقدیم استعمال کیا جاتا ہے اور قطع وتر کا عمل متروک ہوتا جاتا ہے۔ کئی سال ہوئے ماہر لنڈولٹ (Landolt) نے ماہرین کو توجہ دلائی تھی کہ قطع وتر کے بعد متعدد خرابیوں کے لاحق ہونے کا احتمال ہے۔

عضلۂ مستقیمہ انسیہ کا قطع وتر کرنے کی وجہ سے مقلۂ عین کسی قدر باہر کی طرف آ جاتا ہے اور خود عضلہ بھی کسی حد تک سکڑ جاتا ہے جس کی وجہ سے استدقاقی قوت کمزور ہو جاتی ہے۔ اور اس سے کچھ کم جانبی حرکت میں کمی آ جاتی ہے اور اس کے

متقابل جانب کی حرکت میں کوئی معتد بہ اضافہ نہیں ہوتا - اور اس صورت میں بھی جب کہ آنکھ کی حرکت اس عمل کی وجہ سے طبعی حالت سے زیادہ نہ ہو تو بھی آنکھ چند سال میں حول مسع کی حالت اختیار کر لیتی ہو -

عمل تقدیم عضلہ مستقیمہ وحشیہ (Advancement of external rectus) سے آنکھ عضلات کے بیچ میں قائم رہتی ہو اور اس عمل سے مقلۂ عین کی بیرونی حرکت بڑھنے کے ساتھ ساتھ عضلۂ مستقیمہ بھی کمزور نہیں ہوتا۔ گویا کہ مقلۂ عین کی حرکات میں کسی حد تک اضافہ ہو جاتا ہے - اس کے علاوہ چونکہ اس عمل میں عضلہ چھوٹا نہیں کیا جاتا اس لئے حرکات کا طبعی حالت سے بڑھ جانا ممکن نہیں - بالخصوص جب کہ اندرونی عضلہ مستقیمہ کا قطع وتر نہ کیا جائے۔ اگر دونوں عضلات کے عمل تقدیم کے بعد بھی حول مرافق باقی رہ جائے فرض کیجئے کہ اس وقت میں حول کی مقدار ۱۵ ڈگری ہو تو صرف قطع وتر کا عمل یا عضلہ کو لمبا کرنے کا عمل بڑی حد تک مناسب ہوتا ہے مگر جانبی وتر کے ساتھ اس عضلہ کے تعلق کو بالکل نہ چھیڑا جائے -

حول کے لئے اعمال جرحیہ - قطع وتر - اس عمل کے واسطے مندرجہ ذیل آلات درکار ہوتے ہیں -

(۱) پیچ والا مفتاح الجفن (Spring-stop speculum) (۲) دندانہ دار منقاش (Small toothed forceps)
(۳) کسی قدر خمیدہ قینچی جس کی نوک کند ہو (Curved-blunt-scissors) (۴) حول کے ہک ۲ عدد (Strabismus hooks) -

پہلے آنکھ میں کوکین محلول ڈال کر تخدیر پیدا کریں - اس کے علاوہ ۲ فیصدی طاقت کا محلول زیر ملتحمہ ساختوں میں تلقیح بھی کر دیں - تلقیح اس مقام پر کی جائے - جہاں پر کہ عضلات کے اوتار مقلۂ چشم سے آکر مدغم ہوتے ہیں - مریض چت اور سیدھا لیٹا ہو - معالج مریض کے سامنے اور بائیں طرف کھڑا ہو جب کہ بائیں آنکھ کا آپریشن کرنا ہو - اور اگر دائیں آنکھ کا آپریشن کرنا ہو تو معالج مریض کے سر کی طرف کھڑا ہو -

مفتاح الجفن کو آنکھ میں لگا کر مقلۂ عین کو برہنہ کریں اور عضلۂ مستقیمہ انسیہ کے جائے ادغام پر ملتحمہ کو منقاش سے اٹھا دیں قینچی کے ذریعہ ملتحمہ میں منقاش اور آنکھ کے درمیان شگاف دیں - پھر اسی سوراخ میں قینچی کا کند سرا داخل کریں - اور زیر ملتحمہ ساختوں میں قینچی کے اگلے سرے سے آہستہ آہستہ کاٹ کر ایک راستہ بنا لیں - مگر یہ راستہ ملتحمہ سے وتر کے کنارے کے اوپر تک جاتا ہو - بشرطیکہ آپریشن بائیں آنکھ میں کر رہے ہوں -

اگر دائیں آنکھ میں یہ عمل جرحی انجام دیا جا رہا ہو تو راستہ وتر کے نچلے کنارے تک بنانا چاہئے۔ اب قینچی کو نکال کر علیحدہ رکھدیں مگر ملتحمہ کو ہنوز منقاش میں پکڑے رہیں۔ اور حول والے ہک کو دائیں ہاتھ میں لے کر اس کے خمیدہ سرے کو اسی راستہ کے ذریعہ وتر تک لے جائیں اور ہک کے نوک دار سرے کو اس دوران میں صلبیہ سے متصل رکھیں۔ وتر کے نیچے پہونچا کر اس ہک کے سرے کو گھمادیں تاکہ اس کا سرا وتر کے نیچے سے اس کے دوسری طرف چلا جائے اور اس کو ذرا باہر کھینچے پر یہ وتر کو پکڑ لے۔ اب منقاش کو بھی علیحدہ رکھدیں اور ہک کو جس پر وتر ٹنگا ہوا ہے بائیں ہاتھ میں لے لیں پھر قینچی کو دائیں ہاتھ میں پکڑ کر اس کے ایک پھل کو مقلہ عین اور وتر کے درمیان لے جائیں اور وتر کے جائے اتصال پر اس کو کاٹ دیں۔ وتر کو ہک کے دستہ کی طرف کاٹنا بمقابلہ دستہ سے دور کاٹنے کے زیادہ بہتر ہے کیونکہ اس طرح کرنے سے عضلہ کے الیاف راستے میں آکر نہیں کٹتے۔ اسی حالت میں دوسرے ہک کو اندر داخل کر کے اوپر نیچے تلاش کریں کہ کہیں وتر کے کچھ اور الیاف ایسے تو نہیں رہ گئے جو نہ کٹے ہوں جب یہ اطمینان ہو جائے کہ وتر کے سب الیاف بالکل کٹ گئے ہیں تو ہک کو نکال دیں۔ یہ قرنیہ کے کنارے تک بغیر کسی روک ٹوک کے چلا آتا ہے۔

اگر وتر کا چھوٹا حصہ بھی بغیر کٹا ہوا رہ جائے گا تو عمل جرحی کا فائدہ اطمینان بخش نہ ہوگا۔ وتر کو کاٹ دینے کے بعد اندرونی طرف آنکھ کی حرکت میں نمایاں کمی ہو جائے گی۔ کیونکہ اب اس جانب میں حرکت کو صرف ان اتصالات سے مدد مل سکے گی جو نسیج واصل کے ذریعہ قائم ہیں۔ یا ان کے علاوہ غلاف ٹینان سے بھی کچھ مدد پہونچ سکتی ہے۔ اگر اس کت میں خرابی پوری طرح رونما نہ ہو تو ظاہر ہے کہ کچھ الیاف وتر کے کاٹنے سے باقی رہ گئے ہیں۔ لہذا ان الیاف کو تلاش کرنے کے لئے دوبارہ حول کا ہک ڈالنا ہوگا اور ان کے مل جاتے پر ان کو کاٹنا پڑے گا۔ مقلہ عین کی اندرونی جانب حرکت کو پوری طرح معلوم کرنے کے لئے ضروری ہے کہ آپریشن سے پہلے اس کو دیکھ لیں کہ کس قدر پائی جاتی ہے تاکہ آپریشن کے بعد دونوں حالتوں کا صحیح موازنہ کر سکیں۔ اس کے علاوہ دوسری آنکھ کی اندرونی حرکت کا مقابلہ بھی ضروری ہے۔ اگر آپریشن کا اثر کم کرنا مقصود ہو تو ملتحمی زخم کے کنارے آپس میں ایک ٹانکے کے ذریعہ سی دئے جائیں۔ گویا کہ اس عمل سے ہم وتر کو بہت زیادہ ہٹ کر جڑ جانے سے روک سکتے ہیں۔ اس سے بھی بہتر طریقہ آپریشن کے اثر کو کم کرنے کا یہ ہے کہ وتر میں سے

شکل نمبر ۱۵۴



عمل تقدیم وتر کا طریقہ

ایک ٹانکا گذار کر (جیسا کہ عمل تقدیم میں کیا جاتا ہے) اس کو اس قدر ڈھیلا باندھ دیں جتنا کہ ہم چاہتے ہیں کہ قطع کردہ وتر سکڑے یا وتر کو جزئی طور پر لمبا کریں۔ جیسا کہ تصویر نمبر ۱۵۵ میں دکھایا گیا ہے۔ مقام الف اور الف کے شگاف وتر کی موٹائی میں دیے جاتے ہیں اور درمیانی شگاف مقام ب پر دیا جاتا ہے جو کہ وتر کی ۲/۳ موٹائی میں سے گزرتا ہے۔ اگر ہم چاہیں کہ عمودی انحراف افقی اثر کے مانند پیدا ہو تو وتر میں شگاف شکل ہذا کے مطابق دینا زیادہ مناسب ہے۔ اس میں اوپر کی طرف تجاوز ممکن ہوتا ہے۔ اگر نیچے کی طرف لانا مقصود ہو تو شگاف ب کو بمقابلہ الف کے وتر کے نقطۂ جائے اتصال سے نزدیک تر دینا چاہئے۔ اگر زیر جلدی ساختوں میں بہت زیادہ چھیڑ چھاڑ کر چکے ہوں تو ملتحمہ میں ٹانکہ لگانے کی ضرورت ہوتی ہے۔ تاکہ حلمہ بہت زیادہ نیچے کو نہ کھسک جائے، یا برہنہ صلبیہ پر ندبی ساخت نہ بن جائے۔



عمل تقدیم وتر جس کے ساتھ عمودی طور پر وتر اپنی جگہ سے ہٹ گیا ہو۔

حول کے لئے زیر ملتحمہ عمل جرحی کا طریقہ - جہاں پر عضلہ مقلۂ عین سے مدغم ہوتا ہے اس مقام کے زیرین کنارے کے نزدیک ملتحمہ کی چنٹ کو منقاش سے پکڑ کر اس میں ایک شگاف کند نوک والی قینچی سے کیا جاتا ہے تاکہ وتر کھل جائے اب اس سوراخ میں حول والا ہک ڈال کر اس کو وتر کے نیچے لیجاتے ہیں اور قینچی اندر ڈال کر اس کو ذرا کھول لیتے ہیں اس طرح پر کہ اس کے ایک پھل کا سرا ہک کے نزدیک اور دوسرا پھل ملتحمہ اور وتر کے درمیان رہتا ہے اور وتر کو مقلۂ عین سے متصل ہونے کی جگہ پر کاٹ دیتے ہیں۔ آج کل اسی طریقہ کو برطانوی صاحبین اختیار کرتے ہیں۔ مگر ہمارے خیال میں پہلا طریقہ جو کہ فان گریف (Von graefe) کے نام کی طرف منسوب ہے زیادہ بہتر ہے کیونکہ اس سے نتائج میں حسب لخواہ تبدیلیاں ممکن ہوتی ہیں۔

"فان آرلٹ" (Von arlt) کے طریقہ میں پہلے وتر کے نیچے ایک ہک ڈالنے کے بجائے وتر کو اس منقاش سے پکڑ لیتے ہیں جو پہلے ملتحمہ کو اٹھائے ہوئی تھی۔ اور بقیہ طریق عمل وہی ہے جو فان گریف کے طریقہ میں بیان کیا گیا ہے۔ فان گریف کے طریقہ سے یہ طریقہ کم تکلیف دہ ہوتا ہے۔

قطع وتر کے فوری اور آخری نتائج یکساں نہیں ہوتے۔ بلکہ آپریشن کے بعد فوری اثر نمایاں ہوتا ہے۔ کیونکہ عضلہ کا وتر اپنے جائے اتصال سے الگ ہو جاتا ہے اور چند روز کے بعد جب وہ سکڑ جاتا ہے تو اس کے اثر میں کمی رونما۔

ہوتی ہے لیکن چند ہفتوں میں اثر پھر نمایاں ہو جاتا ہے اور یہ نمایاں اثر تقریباً ایک سال تک رہتا ہے۔

آپریشن کے بعد ہی اس کے فوری اثر کو معلوم کرنے کے لئے مریض کی طاقت استدقاق کا معائنہ کرتے ہیں۔ اگر مریض سے معالج کی انگلی کی طرف دیکھنے کو کہا جائے۔ معالج اس انگلی کو مریض کے سامنے درمیانی خط پر رکھے اور مریض کی ناک کے پاس ۱۲-۵ سنٹی میٹر تک لے آئے اگر مریض اپنی طاقت استدقاق کو استعمال کرکے اپنی دونوں آنکھوں کو اس انگلی کی طرف قائم کر سکے تو اس کا مطلب یہ ہے کہ آپریشن کا فوری اثر بہت زیادہ نمایاں نہیں ہے۔ مگر جب ۱۸-۲۰ سنٹی میٹر کے فاصلہ پر معالج کی انگلی ہو اور آپریشن کردہ آنکھ استدقاقی حرکت بند کردے یا متسع ہونا شروع ہو جائے یا ۱۲ سنٹی میٹر کے فاصلہ پر اس آنکھ کا استدقاق رونما ہو مگر چند لمحات سے زیادہ قائم نہ رہ سکے اور پھر اس میں باہر کی طرف انحراف شروع ہو جائے تو اس کا مطلب یہ ہوگا کہ آنکھ کا محور بصری خواہ درست ہی کیوں نہ ہو مگر یہ کسی حد تک متسع حالت میں ہو گی۔ لہذا اس حالت کو روکنے کے لئے ایک ٹانکا لگانے کی ضرورت ہوتی ہے۔ کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ ۱۲ سنٹی میٹر تک مریض استدقاقی حالت آنکھ میں پیدا کر سکتا ہے اور چند لمحات تک اس حالت کو قائم بھی رکھ سکتا ہے مگر اس کے بعد آنکھ اندر کی طرف گھوم جاتی ہے۔ اور حول پھر پیدا ہو جاتا ہے۔

عمل تقدیم (Advancement) اس عمل جرحی کے لئے تخدیر عمومی کی ضرورت ہوتی ہے اور معالج اس کے فوری اثر کو نہیں معلوم کر سکتا کیونکہ تخدیر کی وجہ سے حول غائب ہو جاتا ہے۔ اس میں ملتحمہ کے اندر عضلۂ مستقیمہ وحشیہ کے جائے اتصال پر ایک شگاف دیا جاتا ہے جو وتر کی چوڑائی کے برابر ہوتا ہے۔ پھر اس شگاف سے لے کر قرنیہ کے کنارے تک ملتحمہ کو صلبیہ سے قینچی کی کند نوک کے ذریعہ الگ کر دیا جاتا ہے۔ کیونکہ بالآخر اسی میں وتر کو لگایا جاتا ہے۔

اب حول کا ایک ہک وتر کے نیچے سے ڈال کر اس کے جائے ادغام تک لے جاتے ہیں۔ مگر یہ لحاظ رکھا جاتا ہے کہ پورا وتر ہک کے اوپر آجائے، پھر ایک سوئی میں ریشم کا باریک تاگا ڈال کر اس کو صلبیہ اور وتر کے درمیان سے گذار کر وتر کے نیچے لے جاتے ہیں۔ اسی طرح دوسرا ٹانکا وتر کے نیچے سے ڈالتے ہیں اور وتر کے اندر سے گذر کر پہلے ٹانکے کے نزدیک لگا دیتے ہیں ٹانکوں کو پھیلنے سے محفوظ رکھنے یا عضلہ کو کٹ جانے سے بچانے کے لئے ان دونوں ٹانکوں کو نہایت مضبوطی کے ساتھ وتر پر باندھ دینا چاہیے۔ ہر ٹانکے کے لمبے سرے کو چھوڑ دیں۔ وتر کو اس کے جائے ادغام کے نزدیک صلبیہ سے الگ کر لیں، ٹانکوں کو ملتحمہ کے اندر سے عضلی الیاف کی طولانی سمت میں

متعلق صفحہ ۵۹۵ و ۶۰۲

تصویر ۱۵۵ / ب



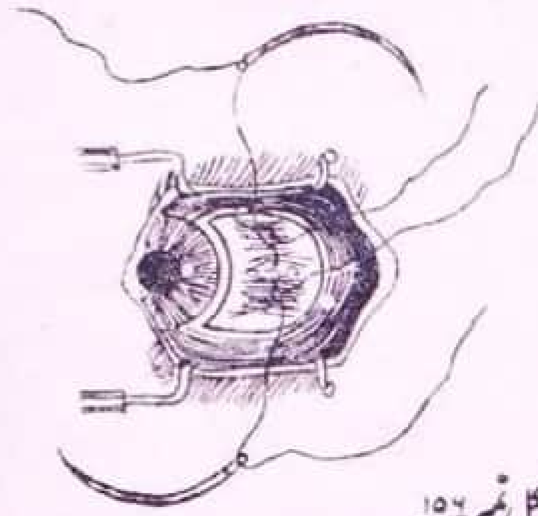
(۱) حول متسع بائیں آنکھ کے عضلہ مستقیمہ وحشیہ کے عمل تقصیر کے زیادہ ہو جانے کی وجہ سے ۔

(۲) از سر نو بائیں عضلہ مستقیمہ وحشیہ کی تقدیم کا عمل کیا گیا ہے ۔

(۳) دونوں آنکھوں کو دائیں طرف گھمانے سے بائیں آنکھ دائیں آنکھ کے ساتھ حرکت میں شرکت نہیں کرتی ۔

(۴) اب مریض اپنی آنکھ کو ٹھیک طور پر گھما سکتا ہے ۔

گذاریں۔ اوران ہی سکے دوسرے سرے کے ساتھ باندھ دیں مضبوطی کے واسطے ضروری ہے کہ قرنوی کنارے کے متوازی صلبیہ کے چند الیاف کو بھی لے لیا جائے مگر یہ عمل نہایت احتیاط کے ساتھ اور تطہیر کا مکمل لحاظ رکھتے ہوئے انجام دیں

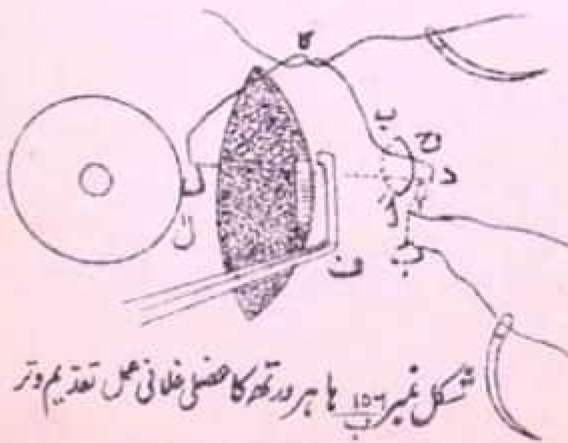


شکل نمبر ۱۵۶/۱

اس عمل جرحی کے نتائج کا انحصار اس امر پر ہوتا ہے کہ ٹانکے وتر کی جائے ادغام سے کس قدر نزدیک یا دور ہیں۔ نیز ٹانکے کس قدر کس کر باندھے گئے ہیں۔ ٹانکوں کے لگانے سے پیشتر اگر وتر کا کچھ حصہ کاٹ دیں تو نتیجہ او زیادہ نمایاں برآمد ہوتا ہے۔ اگر ہم چاہیں کہ آئندہ چل کر عمل تقدیم کیا ہوا وتر زیرین ساختوں سے ملتصق ہو جائے تو بہتر ہے کہ عمل جرحی کے وقت صلبیہ کو جو ذرا نیچے سے تھوڑا سا کھرچ لیں۔

عمل تقدیم میں متعدد ماہرین نے اپنے خیال کے مطابق کچھ تبدیلیاں کی ہیں جن میں سے بعض ٹانکے لگانے کے طریقوں سے متعلق ہیں۔ چنانچہ بعض ماہرین صرف آدھا حصہ کاٹ دیتے ہیں اور اس کو پوری طرح نہیں کاٹتے، اور بعض ماہرین وتر کو لمبائی میں کاٹ دیتے ہیں۔ اور اس کے دونوں سروں کو قرنوی کنارے کے اوپر اور نیچے صلبیہ پر الگ الگ ٹانکہ لگا کر قائم کر دیتے ہیں۔

غلافی عمل تقدیم میں عضلہ کی تقدیم کے ساتھ غلاف ٹینان کو بھی شریک کر لیتے ہیں۔ اور وتر کو ٹانکہ لگاتے وقت دوہرا کر کے دوبارہ ٹانکہ لگاتے ہیں۔ ہم نے ان تمام طریقوں کی اتباع کی ہے مگر مذکورہ بالا طریقہ کو بہترین سمجھتے ہیں۔



شکل نمبر ۱۵۶/ب ماہر ورتھ کا عضلی غلافی عمل تقدیم وتر

صرف آدھا کاٹنے والے عمل جرحی میں یہ فائدہ ضرور ہوتا ہے کہ اگر ٹانکے ٹوٹ جائیں تو حول کی حالت باعتبار پیشتر کے اور زیادہ خراب نہیں ہوتی مگر اس میں نتیجہ اتنا اچھا نہیں برآمد ہوتا جتنا کہ بیان کردہ سابقہ طریقہ میں۔

ماہر ورتھ کا عضلی۔ غلافی عمل تقدیم بھی ایک عمدہ طریقہ ہے۔ اس میں ملتحمہ کے اندر سیدھا نصف انچ لمبا شگاف قینچی سے دیکر

ملتحمہ اور غلاف ٹینان کو پیچھے ہٹا کر وتر کی جابر اد عام کو کھول لیا جائے اور پھر ایسا ہی دوسرا شگاف غلاف ٹینان میں بھی دیا جاتا ہے۔ اگر حول کا زاویہ بہت بڑا ہو تو شگاف منحنی دیا جاتا ہے جس کا محدب حصہ قرنیہ کی طرف ہوتا ہے۔ اس کی وجہ سے غشا زیادہ آسانی کے ساتھ پیچھے ہٹ جاتی ہے۔ وتر۔ غلاف اور ملتحمہ کو عمل تقدیم والے ایک منقاش سے پکڑ لیتے ہیں جس کا ایک بازو وتر کے نیچے ہوتا ہے اور دوسرا ملتحمہ کے اوپر اور وتر کو اس کے جابر اد عام پر کاٹ دیا جاتا ہے۔

اوپر کی تصویر سے جیسا کہ ظاہر ہوتا ہے ٹانکہ الف کے مقام پر اندر کی طرف لیا جاتا ہے اور پھر پیچھے سے سامنے کی طرف مقام ب پر نکال لیا جاتا ہے۔ اس ٹانکہ میں عضلہ کی موٹائی کے بالائی کا ایک چوتھائی حصہ آتا ہے۔ ایسے ہی دوسرا ٹانکہ مقام الف، ب پر لگایا جاتا ہے، پہلے ٹانکے کے سروں کو مقام ج پر باندھ دیتے ہیں۔ اب ڈورے کے اس حصہ کو جس میں سوئی ہے مقام د میں داخل کرتے ہیں اور ملتحمہ، غلاف، نیز عضلہ میں سے گذار کر عمل تقدیم والی منقاش کے نیچے والے بازو کے نیچے سے لے جاتے ہیں۔ یہاں تک کہ اس کو قرنوی کنارے کے نزدیک پہونچا دیتے ہیں اور سوئی کو صلبیہ کے سطحی پرتوں میں سے گذار کر مقام ل پر باہر نکال لیتے ہیں۔ اور مقام ہ پر ایک پھندا لگا دیتے ہیں۔ دوسری طرف بھی ایک ٹانکہ ایسا ہی لگاتے ہیں۔ عضلہ کے مقدم حصے، ملتحمہ، اور غلاف ٹینان سبھوں کو عمل تقدیم والی منقاش کے پیچھے کاٹ دیتے ہیں اور ٹانکوں کو کس دیتے ہیں اس طرح کرنے سے گویا کہ عضلہ وغیرہ سامنے کو آجاتا ہے۔ ٹانکہ لگانے سے پیشتر بہتر ہے کہ ایک مددگار ایک منقاش سے پکڑ کر مقدعین کو ابتدائی وضع میں رکھے اور مریض کو تاکید کی جائے کہ وہ آپریشن کردہ عضلہ کی مقابل سمت میں دیکھے تاکہ عضلہ ڈھیلا ہو جائے۔ توازن کا قیام مقام ہ اور اس کے نیچے ٹانکوں کے ڈھیلا کرنے یا کسنے سے انجام پاتا ہے اور آخر میں نتیجہ کا امتحان قرنیہ پر مراۃ یا شعلہ کے انعکاس کو دیکھ کر کیا جاتا ہے۔ قطع وتر کے بعد آپریشن کردہ آنکھ پر ہلکی پٹی باندھ دی جاتی ہے مگر عمل تقدیم میں خواہ ایک ہی آنکھ میں آپریشن کیوں نہ کیا گیا ہو۔ پٹی دونوں آنکھوں پر باندھنا چاہیئے اور دس روز تک آنکھ کو صرف دھونے کے لئے کھولنا چاہیئے۔

حول کے اعمال جراحیہ میں خطرات ۔ شدید التہابی ردعمل ۔ حول کے اعمال جراحیہ کے بعد نہایت شاذ و نادر دیکھنے میں آتا ہے۔ اور عمل تقدیم کے بعد بھی اس کو نہ پیدا ہونا چاہیئے۔ بعض معالجین کے ہاتھ سے وتر کو کاٹتے وقت صلبیہ میں سوراخ ہو گیا ہے مگر یہ خطرہ صرف قینچی کے نوکدار ہونے کی صورت میں ممکن ہے۔ آپریشن کرتے وقت ممکن ہے کہ چھوٹی سی کوئی شریان کٹ جائے اور غلاف ٹینان میں نزف الدم ہو کر خطرناک جحوظ العین پیدا کر دے۔ مگر اس صورت میں

چند روز تک دباؤ والی پٹی کے باندھنے سے آنکھ اپنی طبعی حالت پر واپس چلی جاتی ہی۔ کیوں کہ چند روز میں خون جذب ہو جاتا ہے۔

قطع وتر کے چند ماہ کے بعد اگر حلمہ عین نیچے کو کھسک آئے تو ذیل کے طریقہ پر اس کو درست کرنا چاہیے۔

حلمہ سے ۱۰ ملی میٹر کے فاصلہ پر ملتحمہ میں عمودی شگاف دیکر زخم کے اندرونی لب کو اوپر اٹھاویں۔ اور اسی مقام پر قینچی جو سطح جانب منحنی ہو اس کو اندر داخل کر کے زیر ملتحمہ ساختوں کو حلمہ تک ملتحمہ سے الگ کرلیں۔ یہ ساختیں زخم کے بیرونی لب کے نیچے اور قرنوی کنارے تک اسی طرح الگ کی جائیں اور زخم کے دونوں لبوں کو ٹانکہ کے ذریعہ ملا کر بند کر دیا جائے۔ مگر ٹانکہ میں ملتحمہ کا کافی حصہ لیا جائے تاکہ حلمہ کافی حد تک سامنے کو آجائے۔

عمل جرحی کے بعد کا علاج - طول بصر کے مریض کو آپریشن کے بعد مناسب عینک کا استعمال کرنا ضروری ہی۔ خواہ یہ عینک وہ ہر وقت استعمال کرے یا صرف نزدیک کا کام کرتے وقت، جس کا اندازہ آپریشن کے بعد نتیجہ کے لحاظ سے ہوگا کہ مریض اس قابل ہے کہ طاقت توفیق سے کام لے سکے یا نہیں۔

حول کی اصلاح جہاں تک بد وضعی سے متعلق ہے آپریشن کے ذریعہ ممکن ہی اور صرف اسی کے لئے آپریشن کو جائز سمجھا جاتا ہے۔ مگر حقیقی معنی میں شفا اسی وقت حاصل ہوتی ہی جب کہ بصارت بالعینین حاصل ہو جائے اور یہ صرف آپریشن کے ذریعہ تقریباً ناممکن ہی۔ اسی وجہ سے آپریشن کے بعد بصری لوازم جن کا ذکر اوپر گذر چکا۔ ان کو اختیار کرنا ضروری ہوتا ہے۔

زیریں عضلہ موربہ کا قطع وتر یہ عمل دوسری آنکھ کے عضلہ مستقیمہ علیا کی طاقت کی کمی کی وجہ سے کیا جاتا ہی۔ ان مریضوں کی ریڑھ کی ہڈی بھی کسی قدر ٹیڑھی ہو جاتی ہی جو کہ اس عمل کے بعد طبعی حالت میں آجاتی ہی۔ مذکورہ عمل جرحیہ میں زیریں محجری کنارے پر جہاں کہ بالائی محجری دندانہ سے نیچے کی طرف عمودی طور پر خط کھینچنے سے محجری کنارے کو ملتا ہی، ایک شگاف دیا جاتا ہی اور حول والا ہک محجری فرش کے ساتھ ساتھ اندر داخل کیا جاتا ہے اور اس کی نوک کو اندر اور اوپر کی طرف گھمایا جاتا ہی اور عضلہ کو پکڑ کر اس کے وتر کو جاء ادغام کے پاس کاٹ دیا جاتا ہی۔

حول ممتنع مرافق (Divergent-concomitant-strabismus) حول کی یہ قسم حول متقارب کی طرح عام نہیں ہی۔ اس کے ½ مریض قصر بصر میں مبتلا ہوتے ہیں جن کا قصر بصر ۵ یا ۶ بصریہ تک ہوتا ہی۔ مگر حول کی یہ قسم ان مریضوں

میں بھی پائی جاتی ہے جن کو قصر بصر نہ ہو موخرالذکر صورت میں یہ حول امراض عصب یا جبرہ کے سلسلہ میں ملتا ہے۔

قصر بصر کی حالت میں دو اسباب نزدیک کی بصارت کے لئے مریض کی قوت استدقاق کو کمزور کرتے ہیں۔ جن میں سے پہلا سبب یہ ہے کہ قصر بصر کی وجہ سے ان کو طاقت توفیق کی ضرورت نہیں پڑتی۔ اس لئے استدقاقی طاقت کو مسترخی کر دینے کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے۔ اگر کام کرنے کا فاصلہ آنکھوں کے بہت زیادہ نزدیک ہو تو ہمیشہ اس فاصلہ پر آنکھوں کو استدقاقی حالت میں لانے کی کوشش قائم نہیں رہ سکتی۔ شروع شروع میں قوت استدقاق کی کمزوری ناکافی استدقاق کی وجہ سے صرف نزدیک کا کام کرنے میں ظاہر ہوتی ہے مگر آخر میں دور کی اشیاء کے دیکھنے میں بھی یہ حالت اتساع سے بدل جاتی ہے۔

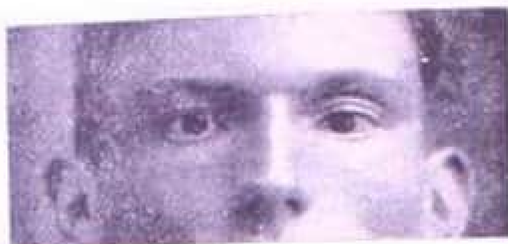
قصر بصر کی وجہ سے جو حول متسع پیدا ہوتا ہے یہ حول متقارب کے اعتبار سے زیادہ عمر میں ظاہر ہوتا ہے۔ اور ان مریضوں کا احساس امتزاج بھی زیادہ نمو یافتہ ہوتا ہے۔ بخلاف اس کے عصبی مرض کی وجہ سے پیدا ہونے والا حول متسع ایک خلقی خرابی ہے جس کے مریضوں کا احساس امتزاج یا تو ناقص ہوتا ہے یا بالکل ہی غایب ہوتا ہے۔ ان مریضوں کے حول کی مقدار مختلف اوقات میں مختلف ہو سکتی ہے۔ حول متسع کے ساتھ طول بصر لاحق ہو تو استدقاقی حالت کی کمی کے بجائے اتساعی حالت بہت زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ یہ اتساعی حالت دور کی اشیاء کے دیکھنے کے لئے زیادہ پائی جاتی ہے مگر نزدیک کا کام کرنے میں کم ہو جاتی ہے۔ تاہم یہ تمیز ضروری ہے مگر جب ہم اس آنکھ کی قوت استدقاق کا معائنہ کریں اور اس معائنہ کے لئے کسی شے کو آہستہ آہستہ آنکھوں کے پاس لا دیں بشرطیکہ مریض اس شے کی طرف دیکھ رہا ہو تو ہم کو معلوم ہوگا کہ قوت استدقاق طبعی حالت پر ہے۔

علاج۔ تھوڑے دنوں کے حول میں اگر قصر بصر کو مناسب عینک کے ذریعہ درست کر دیا جائے تو طاقت توفیق اور طاقت استدقاق میں تعلق قائم ہو جانے کی وجہ سے ممکن ہے کہ حالت درست ہو جائے۔ عینک کو ہمیشہ لگانا ہوگا۔ دوسری حالتوں میں ایک یا دونوں طرف کے عضلات مستقیمہ انسیہ کا عمل تقدیم کرنا ہوگا جس کے ساتھ ساتھ عضلہ مستقیمہ وحشیہ کا قطع وتر بھی ضروری ہے۔ بشرطیکہ خط وسطی سے محور بصارت کے ہٹانے میں انحراف زیادہ ہو۔ حول متسع کے درست کرنے میں اگر کچھ زیادتی ہو جائے تو کوئی حرج نہیں کیونکہ یہ زیادتی کچھ عرصہ کے بعد کم ہو جاتی ہے۔

حول بصر والی آنکھ اگر بہت زیادہ متسع حالت میں ہو تو ایک یا دونوں عضلات مستقیمہ وحشیہ کا قطع وتر ضروری ہے

بے بصارت والی، اندھی، آنکھوں میں غیر امتزاجی حول متسع پیدا ہو سکتا ہے۔ اور یہی حالت شدید قصر بصر والی آنکھوں میں بھی


۱


۲


۳


۴


۵


۶

(۱) **پیدائشی** حالت حول متسع کی جس میں آنکھیں بالکل اوپر کی حرکات سے معذور ہیں — (۲) دونوں طرف کے عضلات مستقیمہ انسیہ کی نسیجوں کے الصاقات کو توڑنے کے بعد عمل تقصیر کرنے پر آنکھوں کی ہیئت — (۳) آپریشن سے قبل کی حالت — (۴) آپریشن کے بعد کی حالت — (۵ و ۶) مورّبہ عضلات کے استرخاء کی وجہ سے مریض سر کو ٹیڑھا کر کے دیکھتا ہے۔

شدید قصر بصر والی آنکھ میں مقلعین کی حرکات میں کسی قدر خرابی ہوتی ہے کیونکہ ان آنکھوں کی شکل بیضاوی ہوتی ہے جب آنکھ کی بصارت خراب ہوتی ہے یا بصارت بالکل غائب ہو جاتی ہے تو ہمیشہ ان میں اتساع کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے۔ مگر جب دوسری آنکھ طول بصر والی ہو تو ممکن ہے کہ یہ حالت نہ بھی پیدا ہو۔

اگر ایک آنکھ میں قصر بصر لاحق ہو اور دوسری آنکھ کی بصارت طبعی حالت میں ہو تو قصر بصر والی آنکھ کو نزدیک کے کام کاج کرنے میں مریض استعمال کرتا ہے۔ اس صورت میں دوسری آنکھ اتساعی حالت اختیار کر لیتی ہے۔ دور کی چیزوں کو دیکھنے میں طبعی بصارت والی آنکھ کو مریض استعمال کرتا ہے ممکن ہے کہ اس وقت قصر بصر والی آنکھ اتساعی حالت میں ہو۔

خفی انحراف Latent deviations (heterophoria) اگر مجری عضلات کا توازن قائم ہو اور آنکھیں کسی شے کی طرف دیکھ رہی ہوں خواہ یہ شے دور ہو یا نزدیک تو اس وقت اگر ایک آنکھ ڈھانک لی جائے اور اس طرح اس کے عمل بصارت کو عارضی طور پر معطل کر دیا جائے تو یہ آنکھ اپنی ہیئت اور سمت کو بالکل نہیں بدلتی بلکہ تقریباً ڈھکی ہوئی حالت میں بھی ویسی ہی رہتی ہے۔ لیکن اگر عضلی توازن کامل نہ ہو تو ذکر کردہ حالت میں آنکھ کو ڈھانکنے پر یہ آنکھ کسی حد تک صحیح حالت کے اعتبار سے منحرف ہو جاتی ہے اور یہ استعداد معمولی حالات میں بصارت بالعینین کے حصول کے لئے مخفی رہا کرتی ہے اور اس انحراف کو خاص عضلی تحریک دبائے رکھتی ہے اس کو صرف مصنوعی حالات میں ہم معلوم کر سکتے ہیں یعنی اس وقت یہ ممکن ہوتا ہے جب کہ دونوں آنکھوں کو ایک شے کی طرف دیکھنے سے معطل کر دیا جائے اور ان طریقوں سے کام لیا جائے جو بصارت بالعینین کو مشکل یا ناممکن بنا دیتے ہیں۔ اسی لئے اس قسم کے انحراف کو ہم انحراف خفی کے نام سے تعبیر کرتے ہیں بعض اوقات اس کو حول خفی بھی کہتے ہیں۔

حول خفی جو کہ طاقت توفیق اور طاقت استدقاق کے باہمی تعلقات کی خرابی سے پیدا ہوتا ہے۔ اور آنکھ کی انعطافی خرابیوں میں ظاہر ہوتا ہے (مثلاً خفی استدقاق مع طول بصر) اس کو ہم خفی انحراف اس وقت تک نہیں کہتے جب تک کہ وہ مناسب عینک کے بعد بھی قائم نہ رہے۔

اگر احساس امتزاج خراب ہو جائے (مثلاً ایک آنکھ کے مرض کی وجہ سے) تو اس صورت میں خفی انحراف جلی انحراف میں تبدیل ہو کر حقیقی حول پیدا کر سکتا ہے۔

خفی انحراف ممکن ہے کہ استدقاق کی جانب ہو یا اتساع کی جانب، یا دونوں آنکھیں ایک دوسرے سے عمودی

طور پر بہت دور ہو جائیں یعنی ایک آنکھ دوسری سے بہت اونچی ہو ایسی صورت میں جو آنکھ اونچی ہو گی اسی کے نام سے دایاں یا بایاں انحراف خفی موسوم کیا جائے گا۔ مگر یہ دونوں حالتیں شاذ و نادر ہی پائی جاتی ہیں۔

خفی انحراف کو قابو میں رکھنے کے لئے عضلی کمزوری رونما ہوتی ہے۔ آنکھ کی اس کمزوری کی طرف ممالک متحدہ امریکہ میں خاص توجہ کی گئی ہے اور معلوم کیا گیا ہے کہ اس کی وجہ سے عصبی امراض مثلاً عام اعصاب کی کمزوری، اختناق الرحم عصبی درد سر۔ رقص سنجی، صرع وغیرہ پیدا ہوتے ہیں۔ مگر ماہرین اس نظریہ کو مبالغہ آمیز خیال کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ خفی انحراف ان امراض میں کسی قدر مرض کے دوسرے اسباب کے ساتھ موثر ہو بالخصوص ان لوگوں میں جو ان امراض میں مبتلا ہوں۔ عصبی امراض والے مریضوں میں تندرست اشخاص کے اعتبار سے آنکھ کے عضلی توازن کی خرابیاں زیادہ نہیں پائی جاتیں۔ اور یہ بھی ممکن ہے کہ عصبی امراض والے مریضوں میں آنکھ کے عضلات کی کمزوری بالکل ہی نہ پائی جائے

خفی انحراف کے معائنہ کا طریقہ ۔ ایسے مریض کو دکھانے کے لئے دور سے (۶ میٹر کے فاصلے سے) موم بتی کا شعلہ یا پن۔ شیشے والا بجلی کا لیمپ بہترین شے ہے۔ نزدیک کی شے دیکھنے کے لئے سیاہ دھبا یا سیاہ خط، یا ایک سیاہ تیر استعمال کریں۔ نشان دار خط بھی استعمال کر سکتے ہیں۔

ایک آنکھ کو بند کر کے انحراف خفی کا امتحان (امتحان سترہ) جب آنکھیں زیر معائنہ شے کی طرف دیکھ رہی ہوں تو معالج اپنے ہاتھ سے ایک آنکھ کو ڈھانک دے۔ مگر اس سے پہلے زیر معائنہ شے کے قرنوی انعکاس کو دیکھ لیں کہ قرنیہ کے کس مقام پر ہے اور پھر ہاتھ ہٹاتے ہی فوراً قرنوی انعکاس کے مقام کو دیکھیں۔ نیز اس کے بعد جب کہ آنکھ اپنی معمولی وضع پر جانے کے لئے اپنے محور کو حرکت دے اس وقت بھی اس انعکاس کے مقام کو دیکھیں۔ یہ آخری حرکت جو کہ آنکھ میں رونما ہوتی ہے اس سے انحراف کے خلاف حرکت کا پتہ چلتا ہے یعنی اگر ہاتھ ہٹانے پر آنکھ اندر کی طرف گھومتی ہے تو سمجھنا چاہیئے کہ آنکھ کو بند کرنے پر یہ باہر کی طرف گھومتی تھی۔ اسی طرح دونوں آنکھوں کو یکے بعد دیگرے دیکھ لیں۔ اگر ان آنکھوں کے بصری خطوط میں اختلاف ہو تو عموماً دونوں آنکھوں میں یہ حالت مرض یکساں ہو گی۔

اگر ایک آنکھ میں انحراف عمودی واقع ہو تو جو آنکھ اونچی ہو گی وہ گھوم کر نیچے آوے گی اور دوسری آنکھ گھوم کر اوپر کو جائے گی۔ مثلاً اگر بائیں آنکھ میں عمودی انحراف ہو تو بائیں آنکھ کے بند کرنے پر یہ اوپر کی طرف گھوم جائے گی اور جب ہاتھ ہٹایا جائے گا تو نیچے کی طرف حرکت کر کے اپنی پہلی وضع میں آجائے گی۔ اور دائیں آنکھ اس کے مقابلہ میں ڈھانکنے

پر نیچے کو حرکت کرے گی اور ہاتھ ہٹانے پر گھوم کر اوپر کو آجائے گی۔ مگر یہ طریقہ امتحان اس قدر تشفی بخش نہیں ہے جس قدر کہ ذیل کا حسی امتحان جس میں زیادہ تر مریض کے احساسات بالخصوص زوجی بصارت پر معالج بھروسہ کرتا ہے۔

منشور مثلثی کے ذریعہ امتحان کا طریقہ (الف) سب سے پہلے اس امتحان کو ماہر "فان گریف" نے "عضلہ مستقیمہ اُنسیہ" کی کمزوری معلوم کرنے کے لئے استعمال کیا۔ اس میں ایک منشوری مثلث کو آنکھ کے سامنے عمودی طور پر رکھتے ہیں۔ یہ مثلث اس قدر طاقت کا ہوتا ہے کہ عضلات کے اثر سے اس کی طاقت باطل نہیں ہوتی۔ ۱۰ ڈگری کا مثلث اس مقصد کے واسطے کافی ہے۔ ایک سفید کاغذ پر ایک سیاہ خط جس کے درمیان میں ایک موٹا نقطہ ہوتا ہے کھینچ کر کاغذ مریض کو دے دیا جاتا ہے تاکہ وہ اس قدر دور رکھ کر اس کو دیکھے جتنا کہ عموماً پڑھنے کے لئے کتاب دور رکھی جاتی ہے۔

اگر دائیں آنکھ کے سامنے منشور کا قاعدہ نیچے کی طرف رکھ کر دونوں آنکھوں کو طبعی طور پر اس پر قائم کیا جائے تو نقطہ اور خط دونوں کی دو شبیہ دکھائی دیں گی، مگر یہ دونوں شبیہ ایک دوسرے کے اوپر نیچے نظر آویں گی۔ اور چونکہ ان دونوں خطوں کی شبیہ ایک دوسرے کے اوپر چڑھی ہوتی ہے اس لئے یہ ایک لمبا خط دو نقطوں کے ساتھ نظر آتا ہے، جس میں سے اوپر کا نقطہ دائیں آنکھ کی شبیہ کا ہے۔

جب دونوں آنکھوں کی قوت استدقاق کمزور ہو تو دائیں آنکھ کی شبیہ بائیں آنکھ کی شبیہ سے صرف اونچی نہیں بلکہ بائیں طرف کو ہٹی ہوئی بھی ہوتی ہے اور اس طرح زوجی بصارت پیدا ہو جاتی ہے۔ یعنی دائیں آنکھ کی شبیہ بائیں طرف اور بائیں آنکھ کی دائیں طرف (متقاطع) ہوتی ہے گویا کہ استدقاقی کمزوری میں مذکورہ خط دو خطوں کی صورت میں دکھائی دیتا ہے اور نقطہ بھی دونوں میں الگ الگ نظر آتا ہے۔

شکل نمبر ۵

ان میں سے اوپر والا نقطہ دار خط بائیں طرف اور نیچے والا دائیں طرف ہوگا یہ متقاطع بصارت زوجی اس امر کی دلیل ہے کہ دونوں آنکھوں میں اتساع موجود ہے ۔۔۔ اس حالت میں مصنوعی عمودی بصارت زوجی انحراف خفی کو ظاہر کر دیتی ہے اور جانبی بصارت زوجی بھی ظاہر ہو جاتی ہے۔

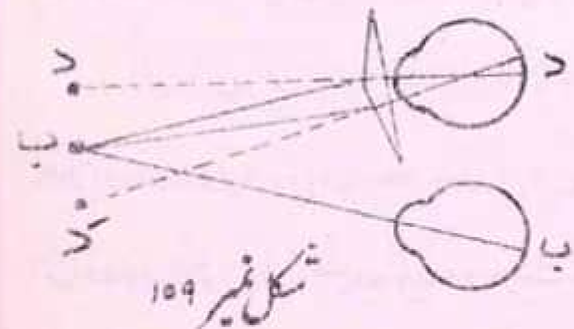
شکل نمبر ۶

اسی سلسلہ میں عمودی انحراف کے امتحان کے لئے منشوری مثلث کو افقی طور پر رکھیں، کیونکہ عضلہ مستقیمہ وحشیہ عضلہ

مستقیمہ انسیہ سے بہت کمزور ہوتا ہے' اسی لئے کم طاقت کا منشور بھی استعمال کرسکتے ہیں لیکن اس مقصد کے لئے دو عضوی امتحان زیادہ مناسب ہے۔

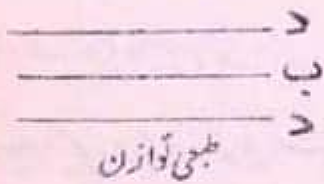
(ب) منشوری امتحان کے لئے ماہر "سٹیونس" (Stevens) کا مقیاس شدہ الضوء (Phorometer) زیادہ مناسب ہے۔ اس آلہ میں منشور کو ہم عمودی اور افقی دونوں طرح استعمال کرسکتے ہیں۔ منشور کو گھمانے سے بصری خطوط کا اختلاف ناپا جاسکتا ہے اور انحراف کی مقدار دائیں بائیں پیمانہ پر صاف ظاہر ہوتی ہے۔

(ج) ماہر میڈکس کا دوہرا منشوری آلہ بھی مفید ہے۔ اس میں دو منشور ہوتے ہیں جن کے قاعدے ایک دوسرے کے ساتھ ملحق رہتے ہیں۔ جب ان کو دائیں آنکھ کے سامنے عمودی طور پر رکھا جائے اور دونوں منشور کی جائے اتصال حدقہ عین کے سامنے ہو تو اس آنکھ سے دو شبیہ نظر آتی ہیں۔ اگر عضلی توازن قائم ہو تو بائیں آنکھ سے دیکھنے پر نقطہ دوسرے نقطوں کے درمیان ایک خط پر نظر آئے گا۔



شکل نمبر ۱۵۹

اور اگر زیر معائنہ شے صرف افقی خط ہو تو مختلف خرابیوں کو ہم بائیں آنکھ والے خط سے معلوم کرسکتے ہیں' کیونکہ اس کی وضع دائیں آنکھ والے دو خطوط کے ساتھ مختلف ہوتی رہے گی۔



شکل نمبر ۱۶۰

(۳) میڈکس کے عصائے ذریعہ امتحان کا طریقہ

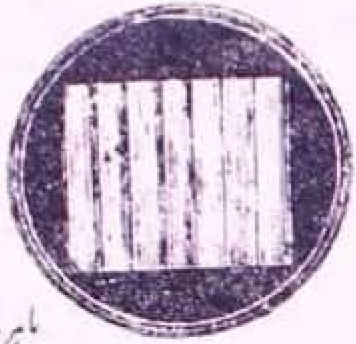
بڑھا ہوا دروندونی اختلاف خطوط بصر

شکل نمبر ۱۶۱

یہ طریقہ امتحان سب سے اچھا ہے۔ اگر کسی شعلہ کی طرف کسی توی استوانے کے اندر سے دیکھا جائے تو یہ شعلہ ایک لمبا خط لیا نظر آتا ہے۔ اس عمل کے ذریعہ ایک شے کی دو شبیہ کو اس قدر مختلف بنایا جاتا ہے کہ کسی طرح بھی یہ دونوں مدغم ہو کر ایک نہیں دیکھی جاسکتیں' اس سے یہ فائدہ ہوتا ہے کہ نتائج باوجود خرابی وضع کے خراب نہیں ہوتے

یہ آلہ شیشے کی چند قلموں پر مشتمل ہوتا ہے جو کہ ایک گول حلقہ کے اندر چوکور حلقہ میں ایک دوسرے کے ساتھ لگے ہوتے ہیں' ان کا رنگ سرخ ہوتا ہے۔ روشن شے کو ان کے اندر سے دیکھنے پر ایک سرخ خط کی صورت میں نظر

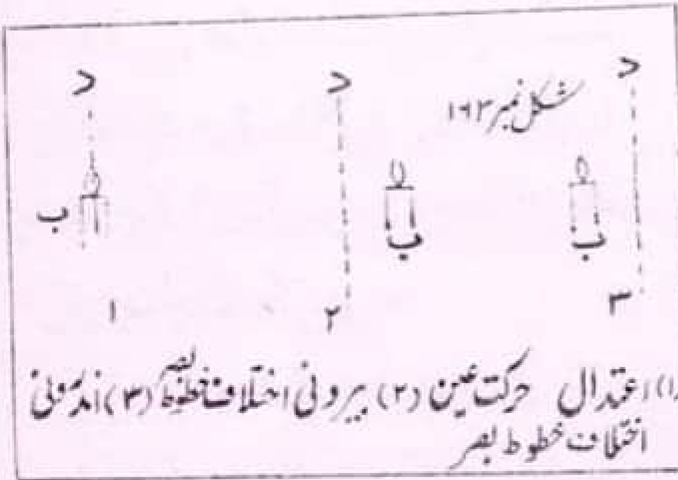
نظر آتا ہے۔ اور یہ سرخ لکیر ان قلموں کے ساتھ زاویہ قائمہ بناتی ہے، اس آلہ کو ایک آنکھ کے سامنے رکھ لیتے ہیں دوسری آنکھ بند رہتی ہے اور براہ راست شعلہ کی طرف دیکھتی رہتی ہے۔



شکل نمبر ۱۶۲

ماہر میڈکس کے عصویات

اگر دونوں آنکھوں سے دیکھنے میں شعلے کے اندر سے سرخ خط گذرتا ہوا دکھائی دے تو اس حالت کو "اعتدال حرکت عین" (Orthophoria) کہتے ہیں۔

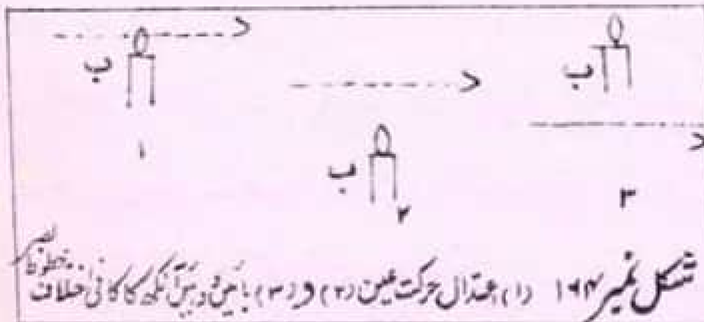


شکل نمبر ۱۶۳

(۱) اعتدال حرکت عین (۲) بیرونی اختلاف خطوط بصر (۳) اندرونی اختلاف خطوط بصر

ان قلموں میں سے گذرتی ہوئی روشنی کو ان کے محور کے ساتھ زاویہ قائمہ بنانا چاہیے، لہذا یہ قلمیں افقی حالت میں ہوں۔ بشرطیکہ آنکھ میں انحراف افقی ہو۔ عمودی انحراف کے واسطے ان کو عمودی حالت میں رکھنا چاہیئے

جب یہ سرخ لکیر اور شعلہ کی شبیہ دور ہوں تو جس طاقت کے منشوری شیشے سے یہ دونوں ایک خط میں آجائیں اسی کے ذریعہ ہم اس انحراف کو ناپتے ہیں۔ یا اس کو ناپنے کے لئے ایک مماسی مقیاس استعمال کرسکتے ہیں۔ جس کا صفر نشان ٹھیک شعلہ کے پیچھے رکھا ہوتا ہو۔ عمودی انحراف کے لئے اس مقیاس کو عمودی اور افقی بصارت زوجی کی حالت میں افقی رکھنا چاہیے۔ ہر حالت میں شیشے کی قلموں والے آلے کی قلموں کا محور مقیاس کے متوازی ہونا چاہیے۔



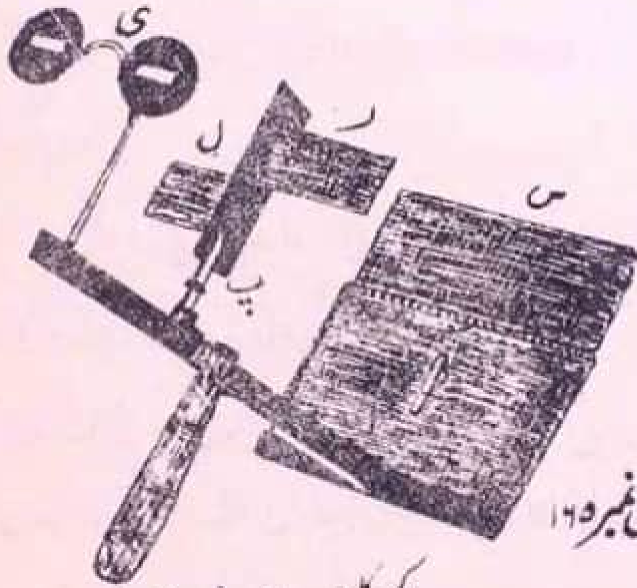
شکل نمبر ۱۶۴ (۱) اعتدال حرکت عین (۲) و (۳) بائیں و دہنی آنکھ کا کانی اختلاف خطوط بصر

ع

جب آلے کے شیشے کی قلمیں عمودی ہوں تو اس کو کھڑکی کی روشنی سے بچانا چاہیے، مریض کے سر کو مختلف اوضاع میں رکھ کر بصارت زوجی کی حدود کو آنکھ کے عضلی میدان میں مطالعہ کرسکتے ہیں۔ اس عمل کے لئے ماہر میڈکس کے مقیاس کے افقی اور عمودی حصہ کو دیوار کے ساتھ لگادیں۔ اور بجلی کا لیمپ یا شعلہ اس کے صفر درجہ پر ہو۔ یہ امتحان

دور کی بصارت کے لئے مفید ہے۔

ماہر میڈکس کا "امتحان جناحی" (Maddox's wing test) یہ طریقہ امتحان مفید اور آسان ہے۔ اس کے ذریعہ افقی، عمودی اور دوری انحراف کو ہم ناپ سکتے ہیں، اور اس میں منشور کے استعمال کی ضرورت نہیں ہوتی، پڑھنے کے فاصلہ سے دیکھنے کا کام لیا جاتا ہے۔ مریض اس امتحان میں آنکھوں کے دائرہ نما مقامات کے سوراخ میں سے مقام ی کو دیکھتا ہے۔ یہ افقی جناح ر دائیں آنکھ کے میدان بصارت کے بالائی حصہ کو اور ل بائیں آنکھ کے میدان بصارت کے نصف زیریں حصہ کو ڈھانکتے ہیں۔ ایسا کرنے سے دائیں آنکھ صرف اس تیر کو دیکھتی ہے جو کہ سترہ س پر بنا ہوا ہے۔ جب کہ بائیں آنکھ اس پیمانہ کی طرف دیکھتی ہے جس کی طرف تیر اشارہ کرتا ہے۔



شکل نمبر ۱۶۵
میڈکس کا جناحی امتحان انحراف کے لئے

عمودی انحراف کے واسطے ایک عمودی نقشہ ایک افقی تیر کے ساتھ استعمال کیا جاتا ہے۔ اور جناحی عمودی دیوار پ اس قدر گھمائی جاسکتی ہے کہ ان جناح کو راستے سے علیحدہ کرسکتے ہیں، اور ایسا کرنے سے درمیانی عمودی سترہ ایک آنکھ کے سامنے آجاتا ہے نیز تیر کو اس آنکھ سے چھپا لیتا ہے۔ اور دوسری آنکھ سے عدد والے نقشہ کو پوشیدہ کرلیتا ہے۔ اگر ایک آنکھ کی بینائی خراب ہو تو دھات کا بنا ہوا ایک ایسا تیر اس میں لگاتے ہیں جس کو حرکت دی جاسکتی ہے اور اس کو سترہ کے بالائی حصہ میں اس طرح حرکت دیتے ہیں کہ مریض (جس کا معائنہ کیا جارہا ہے) کو یہ تیر سفید تیر کی طرف اشارہ کرتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ جس حرف یا عدد کی طرف اس کی نوک اشارہ کررہی ہو اس کو نوٹ کرلیتے ہیں، آج کل کے بہترین ترمیم کردہ اس آلہ کے ذریعہ عمودی اور افقی انحراف کو ہم ناپ سکتے ہیں۔ اور اس مقصد کے لئے کوئی خاص تبدیلی اس آلہ میں نہیں کرنی پڑتی، "اختلاف خطوط" کے صحیح اندازہ کے واسطے ضروری ہے کہ دونوں آنکھوں کا صحیح امتحان بھی دور کی بصارت کے لئے کرلیں، اگر کوئی انعطافی خرابی ان میں موجود ہو تو اس کو درست کردیں یعنی اس کی اصلاح کے لئے عینک لگادی جائے۔ ہمارے خیال میں یہ آلہ "بصارت بالعینین" کی پیمائش اور دونوں آنکھوں کی خرابیاں معلوم کرنے کے واسطے بہترین چیز ہے۔

اختلاف خطوط بصر (Heterophoria) کس قدر بصارت کی کمزوری کا باعث ہوتا ہے۔ اس کے متعلق ماہرین میں اختلاف ہے۔ ممالک متحدہ امریکہ کے ماہرین کے نزدیک اختلاف خطوط بصر کمزوری بصارت کا بہت بڑا سبب ہے۔ ممکن ہے کہ یہ حالت کسی مریض میں پائی جاتی ہو اور اس کو کسی قسم کی کوئی تکلیف نہ ہو مگر یہ بہت تکلیف دہ حالت ہے۔ اس سے دوسرے درجہ پر اندرونی اختلاف خطوط بصر (Esophoria) اور تیسرے درجہ پر بیرونی اختلاف خطوط بصر (Exophoria) ہے۔ کیونکہ موخرالذکر حالت اس وقت تک تکلیف دہ نہیں ہوتی جب تک کہ استدقاقی طاقت میں کمی نہ لاحق ہو۔

علامات - درد سر اور آنکھوں میں درد بالخصوص شام کے وقت یا مسلسل کسی چیز کی طرف غور سے دیکھنے میں، چکر آنا، اور ملتحمہ میں احتقان، بعض اوقات فتحۃ العین چھوٹا ہو جاتا ہے۔ یہ حالت اوپر کی طرف منحرف آنکھ میں پائی جاتی ہے۔

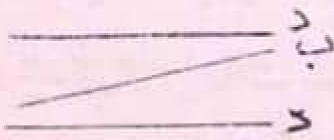
علاج - اس کے علاج کا انحصار صرف اس امر پر ہے کہ یہ حالت آنکھ میں کس قدر موجود ہے۔ اس کے علاوہ آنکھ کے عضلات کی طاقت پر بھی علاج کا انحصار ہوتا ہے۔ عضلات کی طاقت کو منشوری عدسے کے ذریعہ معلوم کرتے ہیں اور یہ دیکھتے ہیں کہ کس طاقت کے منشور سے پیدا کردہ بصارت زوجی کو یہ عضلات متعادل کر کے یک نظری پیدا کر سکتے ہیں۔ اس امر کا فیصلہ کرنا بھی ضروری ہوتا ہے کہ اختلاف خطوط بصر کی حالت آیا دور کی بصارت میں پائی جاتی ہے یا نزدیک کی بصارت میں۔ نزدیک کی بصارت میں ۱۲ انچ کے فاصلہ پر ۲ - ۴ ڈگری تک کا بیرونی اختلاف خطوط بصر (Exophoria) بہت عام ہوتا ہے اور اکثر اس کی وجہ سے تکلیف ہوتی ہے۔

اس کا علاج یہ ہے کہ مریض کو ایسے منشوری چشمے لگائے جائیں جن کا قاعدہ اس عضلہ کی طرف ہو جس کو آرام پہونچانا مقصود ہو جس طاقت کا منشور اس حالت کو متعادل کرنے کے لئے درکار ہو اس کو دو حصوں میں تقسیم کر کے دونوں آنکھوں میں لگائیں ان کے قاعدے اس طرح رکھے جاویں کہ امتزاج شبیہات ممکن ہو۔ فرض کیجئے کہ ۴ ڈگری کا منشور اس کو درست کرتا ہے اور اس کے منشور کا قاعدہ اوپر کی طرف رکھ کر آنکھ کے سامنے لگانے سے حالت درست ہوتی ہے تو بہتر ہے کہ اس کو دو پر تقسیم کر کے ہر آنکھ کے سامنے دو۔ دو ڈگری کا منشور لگائیں۔ مگر بائیں آنکھ کے لئے اس کا

قاعدہ اوپر کی طرف اور دائیں آنکھ کے نیچے کی طرف ہو۔

اس قسم کے منشوری علاج سے نقص بصارت میں کمی لاحق ہوتی ہے مگر یاد رکھنا چاہئے کہ منشوری عینک کے ذریعہ اس قسم کی ورزشوں سے ماہرین کو اختلاف ہے۔ جب کم طاقت کا منشور ہی کافی ہو تو ایسے عدسوں کے مرکز کو اپنی جگہ سے ہٹا دینے سے بھی یہی نتائج حاصل ہو سکتے ہیں۔ اگر زیادہ طاقت کا عدسہ درکار ہو تو ممکن ہے کہ آپریشن کی ضرورت پڑے۔ ایسی صورت میں باعتبار بالمقابل عضلہ کے قطع وتر کے عمل تقدیم کو ہم ترجیح دیتے ہیں۔ آج کل کے ماہرین جزئی قطع وتر کے مؤید نہیں ہیں۔

آنکھ کا خفی گھماؤ Cyclophoria (Latent Torsion) اس حالت میں آنکھ کے مقدم و موخر محور کے گرد گھماؤ کی استعداد پائی جاتی ہے یعنی دونوں آنکھوں کے عمودی محور آپس میں متوازی نہیں ہوتے۔ لیکن ہنوز اس حالت کو ماہرین بخوبی نہیں سمجھ سکے۔ نزدیک کی بصارت میں کسی قدر گھماؤ طبعی طور پر بھی پایا جاتا ہے۔ خفی گھماؤ کو ہم دوہرے منشور سے معلوم کر سکتے ہیں۔ اس کے امتحان میں کسی شے کے بجائے ایک افقی خط استعمال کیا جاتا ہے۔ اگر گھماؤ موجود ہو تو برہنہ آنکھوں سے دکھائی دینے والا خط دو شیشہ کے درمیان ہوگا۔ اور ان دو خطوط کے متوازی نہ ہوگا جو منشوری عدسہ لگائی ہوئی آنکھ سے دکھائی دیں گے۔



شکل نمبر ۱۶۶

اس تصویر میں یہ امر واضح کیا گیا ہے کہ دونوں آنکھوں کے محور ایک دوسرے کی طرف جھکے ہوئے ہیں۔ عام طور پر اس کے متضاد حالت دیکھنے میں آتی ہے۔ مذکورہ حالت کے معلوم کرنے کے لئے ماہر میڈکس کا عصار بھی استعمال کر سکتے ہیں۔ اور ماہر موصوف کے جناحی امتحان سے بھی اس حالت کو معلوم کیا جا سکتا ہے۔

ناکافی استدقاق (Insufficiency of Convergence) یہ حالت خفی اتساع کے ساتھ مخلوط ہو سکتی ہے۔ (خفی اتساع اور خفی استدقاق) ماہر فان گریف کا امتحان خفی اتساع اور خفی استدقاق کے معلوم کرنے کے لئے بروئے کار نہیں لاتے، یہ دونوں حالتیں بیک وقت پائی جا سکتی ہیں، مگر یہ ضروری نہیں ہے کہ اگر کسی

کسی مریض میں ایک حالت موجود ہو تو دوسری بھی پائی جائے ۔

خفی استدقاق بعض حالتوں میں ناکافی استدقاق کے ساتھ بھی پایا جا سکتا ہے۔ ناکافی استدقاق کی کمی ایک اہم امر ہے۔ اس کی پیمائش کا طریقہ ذیل میں درج کیا جاتا ہے ۔

چند متوازی خطوط کھینچے ہوئے کاغذ کو دونوں آنکھوں کے درمیان خط وسطانی پر لاتے ہیں یا اس کے بجائے کوئی روشن خط یا کوئی نقطہ خط وسطانی پر آنکھوں کے نزدیک لایا جائے ، یہاں تک کہ ایک آنکھ متبع ہو جائے یا مریض بصارت زوجی کی شکایت بیان کرنے لگے ، اس امتحان کو مختلف اوقات میں بر سر کار لانا چاہئے کیونکہ تندرستی اور مریض کی طاقت پر اس کا بڑی حد تک انحصار ہوتا ہے کیونکہ اکثر ناکافی استدقاق کی وجہ عصبی خرابی ہوا کرتی ہے ، خواہ یہ خرابی عصب کے مرکز میں ہو (مثلاً آتشک وغیرہ کی صورت میں) ، یا عام فعلی حیثیت رکھتی ہو مثلاً اختناق الرحم ، عصبی کمزوری ، فقرالدم ، عجز العین (جزئی طور پر) اس کے علاوہ دوسرے اسباب مثلاً قصر بصر حول متبع اور بعض اوقات عضلۂ مستقیمۂ انسیہ کے اندر تشریحی نقائص بھی اس کا باعث ہوتے ہیں ۔

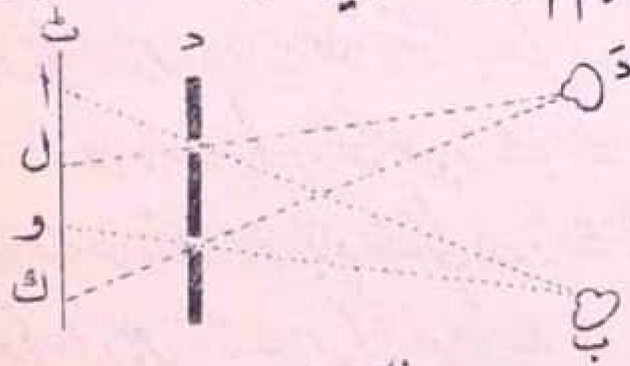
علامات - کچھ دیر تک مسلسل پڑھنے یا سینے کے بعد مریض آنکھ اور سر میں درد کی شکایت محسوس کرتا ہے دورے سلائی کے کام انجام دینے کی اور پڑھنے کی کتاب کو دور رکھ کر پڑھنے کی کوشش کرتا ہے۔ ایک آنکھ بند کرنے پر بعض اوقات اس کو آرام ملتا ہے ۔

علاج - کمزور مریضوں میں (خواہ یہ کمزوری عصبی ہو یا جسمانی) ان کی صحت عمومی کا خاص خیال رکھا جائے (دماغی وجسمانی ہر دو صحت کی طرف توجہ کی جائے) مکان سے باہر ورزش کرنا چاہئے قلبی سکون بہم پہنچایا جائے مقامی علاج کے طور پر استدقاقی ورزشیں کی جائیں جس میں "نظارہ منشوری" (Stereoscope) استعمال کیا جائے اس کے بغیر بھی ورزش کی جا سکتی ہے ، اگر انعطافی خرابی موجود ہو تو چشمے کے ذریعہ درست کی جائے ، ازالۂ قصر بصر کے واسطے زیادہ سے زیادہ مقعر عدسہ استعمال کریں ، اور طول بصر کے رفع کرنے کے واسطے مناسب اور ضروری محدب عدسہ کے بجائے کسی قدر کم طاقت کا عدسہ استعمال کیا جائے - ان عدسوں کے استعمال سے چونکہ طاقت توفیق متاثر ہوتی ہے اس لئے استدقاق میں بلا واسطہ مدد ملتی ہے ، اگر مذکورہ ورزش سے آرام نہ ہو تو منشوری چشمے استعمال کئے جائیں مگر ان کے قاعدے اندر کی طرف ہوں - تمام تدابیر کے ناکام ثابت ہونے پر عضلۂ

مستقیمہ انسیہ کا عمل تقدیم کیا جائے۔

مجری عضلات کا انقباض، صرف تشنجی دوروں یا زوجی انحراف یا اختناق الرحم کی صورت میں دیکھا جاتا ہے اختناق الرحم میں عضلہ محیط جفنی کا انقباض بھی پایا جاتا ہے جس کے ساتھ حول استدقاقی، اور انقباض حدقہ یعنی طاقت توفیق کے انقباض کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔

نہایت سادہ اور مفید آلہ جس کو ہم حیلہ ساز لوگوں کی بصارت زوجی کے امتحان کے لئے استعمال کرتے ہیں اس کو ماہر ریمی (Remy) نے ایجاد کیا ہے۔ اس آلہ کا نام "ماہر ریمی کا منظار زوجی" ہے اس کے ذریعہ امتحان کرنے سے بمقابلہ نظارہ منشوری مجسمہ کے یہ فائدہ ہے کہ اس امتحان کو ہم زیادہ طبعی حالت کے ماتحت انجام دیتے ہیں۔ یہ آلہ ایک سترہ پر مشتمل ہوتا ہے جس کے اندر سے دوسری طرف کے امتحانی حروف کو ہم دیکھتے ہیں۔ اس سترہ کے اندر سوراخوں کی تعداد اور ان کے باہمی فاصلہ کو ہم کم و بیش کر سکتے ہیں۔ سب سے آسان طریقہ



(شکل نمبر ١٦٧)

اس امتحان کا یہ ہے کہ اس کے اندر دو سوراخ افقی طور پر ہوتے ہیں جن کے اندر سے افقی قطار تین یا چار حروف کی دکھائی دیتی ہے۔ اس تصویر سے اس امتحان کا اصول واضح ہو جاتا ہے امتحانی حروف کارڈ ٹ پر اس سترہ د کے اندر سے دیکھے جاتے ہیں دائیں آنکھ کو صرف حروف صحیحہ نظر آتے ہیں اور بائیں آنکھ کو صرف حروف علت (Vowels) طبعی بصارت کی حالت میں حروف اپنی طبعی حالت میں (ك، و، ل، ا) لیکن متبع ہوں تو بصارت زوجی متقاطع کی وجہ سے (ك، ل اور و، ا) ایک دوسرے سے دور چلے جاتے ہیں، لہذا مریض (ك، ل، و، ا) پڑھتا ہے۔

استدقاق کی زیادتی ان حروف کے دو جوڑوں کو ایک دوسرے کے نزدیک لاتی ہے جس کی وجہ سے یہ (د، ك، ا، ل) یا بہت زیادہ استدقاق کی صورت میں (و، ا، ك، ل) پڑھے جاتے ہیں، اگر ایک آنکھ میں عمودی انحراف ہو تو ایک جوڑ حروف کا اونچا اور دوسرا نیچا دکھائی دیگا۔

آنکھ کے متعلق اعمال جراحیہ

عمل جراحی کے لئے مریض کو تیار کرنا۔ کسی بڑے اپریشن سے پہلے اپریشن کے لئے مریض کی جسمانی صحت بہترین ہونا چاہیئے، اگر دانتوں، لوزتین یا ناک کے متعلقہ جوفوں میں سے کہیں کوئی ایسا عفنی مرکز موجود ہو جس سے آنکھ کے اندر عدوی کے منتقل ہونے کا احتمال ہو تو پہلے اس کا شافی علاج کرلیں۔

پیشاب کا کیمیاوی امتحان کیا جائے بالخصوص شکر کے لئے اگر شکر موجود ہو تو اپریشن سے پہلے ذیابطیس کا مکمل علاج کریں، جن مریضوں کا مزاج نقرسی ہو اُن کو اپریشن سے چند روز قبل "سنکوفین" (Cincophene) دینے سے اپریشن کے بعد التہاب جسم ہدبی وعنبی کا خطرہ نہیں رہتا۔ اگر اپریشن کے بعد نزف الدم کا ڈر ہو خواہ اُس کا باعث ضغطہ دموی کی زیادتی یا اس سے قبل ایک آنکھ کا نزف الدم ہو ہر صورت میں بہتر ہے کہ مریض کی فصد کھول دی جائے اور صفرا کے لئے مسہل دوائیں استعمال کرائی جائیں، اس کے بعد اپریشن کیا جائے اور اپریشن میں مریض کی وضع بالکل لیٹے ہونے کے بجائے آدھے لیٹے اور آدھے بیٹھے ہونے کی ہو۔ ۵ گرین "کیلسیم لیکٹیٹ" (Calcium lactate) دن میں تین مرتبہ دینے سے بھی نزف الدم کا خطرہ رفع ہو جاتا ہے۔

ہر اپریشن سے پہلے معدہ اور آنتوں کا صاف کر دینا ضروری ہے عصبی المزاج مریضوں کو اپریشن سے پہلے کوئی مسکن دوا مثلاً برومائیڈ، مارفین کی تلقیح کے ساتھ "ایکو ڈائین فاسفاس" ۱/۱۰۰ گرین نصف گھنٹہ اپریشن کے قبل کھلا دینا چاہیئے، اپریشن کے دن مارفیا کی تلقیح کرنے سے پہلے ضروری ہے کہ چند روز قبل مارفیا کی تلقیح کرکے دیکھ لیں کہ مریض کو اس سے بے چینی، قے یا متلی تو نہیں لاحق ہوتی۔

اس امر کا بخوبی لحاظ رکھا جائے کہ اپریشن سے قبل ملتحمہ کا ہر مقام اچھی طرح صاف کر دیا جائے تاکہ اسکے اندر ایسے جراثیم نہ رہ جائیں جو عدوی پیدا کریں اس کی بہترین ترکیب یہ ہے کہ اپریشن سے ایک روز قبل مریض کی بھوؤں کو مونڈ دیں اور پلکوں کے بال بالکل کاٹ دیں پھر ملتحمہ کو (۲۰۰۰ میں ۱ کی طاقت کے) سیمابی محلول سے خوب اچھی طرح دھوئیں۔ اس کے بعد اجفان پر اور آنکھ کے گرد "پکرک ایسڈ" کا محلول خوب اچھی طرح لگا کر مطہر روئی کا پیڈ

رکھکر آنکھ پر ہلکی پٹی باندھ دیں، دوسرے روز پھر ملتحمہ کو اپریشن سے پہلے (۳۰۰۰ میں ا کی طاقت کے) سیمابی محلول سے خوب دھوئیں، دھونے میں اجفان کو پلٹ کر طاقی ملتحمہ کو خوب صاف کریں۔

سب سے بہتر تدبیر یہ ہے کہ اپریشن سے چند روز قبل ملتحمہ کی مخاط یا مواد لیکر سلائڈ تیار کریں اور گرام کے رنگ سے رنگ کر خوردبینی معائنہ کریں۔ اگر اس کے اندر عقدیہ یا عنقودیہ جراثیم موجود ہوں یا کرویات ذات الریہ پائے جائیں تو اسوقت تک اپریشن کو ملتوی کر دیا جائے، جب تک یہ جراثیم ملتحمہ سے غائب نہ ہو جائیں۔

ان جراثیم کو ملتحمہ سے علیحدہ کرنے کی بہترین ترکیب یہ ہے کہ (۰۰۰ ۵ میں ا یا ۱۰۰۰ میں ا کی طاقت کے) سائنائڈ آف مرکری محلول سے ہر آدھ گھنٹے کے بعد آنکھ کو دھوئیں۔ اگر اس سے کامیابی نہ ہو تو ۲ فی صدی کاسٹک محلول روزانہ ایک مرتبہ لگائیں۔ بعض ماہرین کا یہ طریقہ ہے کہ اپریشن سے ایک روز پہلے آنکھ پر پٹی باندھ دیتے ہیں اور دوسرے روز کھول کر دیکھتے ہیں اگر اس میں مواد موجود ہو تو اپریشن کو ملتوی کر دیتے ہیں ورنہ اپریشن کے لئے مریض کو تیار کرتے ہیں۔

یہ امر نہایت ضروری ہے جس کو ہمیشہ یاد رکھنا چاہئے کہ کیس دمعی کی مرضی حالتوں میں کبھی اپریشن نہ کریں، ایسی صورت میں بہتر ہے کہ پہلے اس کیس کو نکال دیں اور اس کے تین ہفتہ کے بعد اپریشن کریں۔ اگر کیس کا اخراج ممکن نہ ہو یا پرانے التہاب کیس دمعی میں خاص طور پر غیر طبعی رطوبت نہ خارج ہوتی ہو تو نقاط دمعی کو مکواۃ حدیدہ سے جلائیں، تاکہ یہ راستہ بند ہو جائے، اس کے بعد اپریشن کر دیں۔

ناک کے اندر اگر خشک دہنی التہاب موجود ہو جس سے آنکھ کے اندر انتقال عدوی کا ڈر ہو تو اپریشن سے پہلے اس کا بھی مناسب علاج کریں۔

عمل جراحی سے پہلے مصنوعی طور پر کریات بیضا کا تکاثر پیدا کرنا۔

ماہر بیل (Bell) کا خیال ہے کہ اگر اپریشن سے پہلے ملتحمہ کے اندر کریات بیضا کا تکاثر پیدا کریں تو اسکے ساتھ اجسام ضدیہ کا انصباب بھی ملتحمہ میں ضرور ہوگا۔ اور اس تدبیر سے اپریشن کے بعد کے عدوی سے آنکھ محفوظ رہیگی لہذا اپریشن سے دو گھنٹہ قبل آنکھ کے اندر ۲ فی صدی طاقت کا کاسٹک محلول ڈال دیا جاتا ہے، جس کی وجہ سے آنکھ کے اندر زبردست خراش پیدا ہوتی ہے اور اپریشن کے وقت آنکھ بہت زیادہ سرخ اور ملتہب ہو جاتی ہے

اس کے علاوہ اس کے اندر مخاطی رطوبت بھی پائی جاتی ہے اس رطوبت کو نمکین سیال سے دھو دیا جاتا ہے، یہ طریقہ اُن معالجین کا ہے جو التہاب زائدہ دودیہ کی حاد حالت میں اس کا اپریشن پسند کرتے ہیں اور التہابی حالت کے رفع ہونے کا انتظار نہیں کرتے کیونکہ ان کے خیال کے مطابق اس حالت میں کامیابی زیادہ یقینی ہوتی ہے، اور تجربہ سے بھی یہ ثابت ہو چکا ہے کہ اس طریقہ پر عمل پیرا ہونے سے بہترین نتائج برآمد ہوتے ہیں۔ لہٰذا یوں سمجھنا چاہیے کہ یہ نظریہ مُسلّم ہے،

دافع تعفن ——— مانع تعفن ——— تدابیر (تطہیر)

دیگر اعمال جرحیہ کے مانند آنکھ کے اپریشن کے لئے بھی مریض کو تیار کیا جاتا ہے، اس تیاری میں مانع تعفن تدابیر اختیار کی جائیں، اور ان کو بر سرکار لاتے وقت مکمل تطہیر کا خیال رکھا جائے، علیٰ ہذا القیاس اپریشن کرتے وقت اور اس کے بعد اس کا پورا پورا لحاظ رکھیں،

آنکھ کے اعمال جرحیہ کے سلسلہ میں ہم کو دو قسم کے اعمال جرحیہ سے واسطہ پڑے گا، ایک وہ اپریشن جن میں مقلہ عین کے اندر شگاف دینا پڑتا ہے اور دوسرے وہ جو کہ ملتحمہ اور غشاء ٹیناں سے متعلق ہیں۔

سابق الذکر اپریشن میں تطہیری تدابیر پر سختی کے ساتھ عمل کریں۔ مگر موخر الذکر میں صرف صفائی کے اصول کو مدنظر رکھنے سے دیکھا گیا ہے کہ عدوی کبھی نہیں ہوتا۔

اعمال جرحیہ کے سلسلہ میں معالج اور اوزاروں کی تیاری۔ آنکھ کے اعمال جرحیہ میں معالج کی اُنگلیاں شاذونادر ہی زخم سے لگتی ہیں، لیکن پھر بھی ہاتھوں بالخصوص ناخنوں اور اُن سے متعلقہ تمام حصص کو صابن اور پانی سے برش کے ذریعہ صاف کرنا چاہیئے، اس کے بعد ہاتھوں کو مرکوری لوشن (۲۰۰۰ میں ۱) سے خوب صاف کرنا چاہیے، مُنہ اور ناک سے تعدی کو بچانے کے لئے مطہر گاز ناک اور مُنہ کے سامنے سے سر کے اوپر لے جاکر باندھ دینا چاہیئے اور صاف ومطہر کوٹ پہنا چاہیئے۔ موتیا بند کے عمل جرحی میں بعض ماہرین مطہر دستانے بھی استعمال کرتے ہیں۔

اوزار نہایت اچھی طرح مطہر کرلئے جائیں، ۱ فی صدی سوڈیم کاربونیٹ کا محلول اوزاروں کے اوبالنے کے لئے استعمال کریں۔ اس محلول کی وجہ سے ان میں زنگ نہیں لگتا۔ اوزاروں کو اُبل جانے کے بعد اس محلول سے نکال کر مطہر پانی کے اندر ڈالیں اور نکال لیں۔ تاکہ یہ دوا ان پر سے دُھل جائے۔ آنکھ کے اندر سے غریب اجسام کے

بگھلانے کے واسطے، نیز شعیرۃ الجفن کے جرحی عمل کے واسطے اوزاروں کو صرف الکوحل میں ڈبو کر مطہر کرلینا کافی ہے۔

عمل جرحی کے لئے آنکھ کی تیاری۔ ملحمۃ حصص سے تعدی سے محفوظ رکھنے کے لئے آنکھ کے چاروں طرف خوب صفائی کی جائے۔ بھویں، اجفان اور ان کے کناروں کی بھووں کو مونڈنے اور پلکوں کے بال کاٹنے کے بعد پہلے پانی اور صابن سے، اس کے بعد سیمابی محلول سے جس کی طاقت (۵۰۰۰ میں ۱) ہو خوب دھوئیں۔ اور پھر اجفان کو پلٹ لیں اور طبعی نمکین محلول یا (۵۰۰۰ میں ۱) سیمابی محلول سے خوب دھوئیں۔ بعدہ مطہر تولیوں سے سر اور چہرے کو اس طرح ڈھانک دیں کہ صرف آنکھ کھلی رہے۔

طبعی نمکین محلول یا سیمابی محلول سے دھونے کے متعلق ماہرین میں اختلاف رائے ہے، ماہرین ایلیٹ (Elliot) اور ہربرٹ (Herbert) سیمابی محلول کو اختیار کرتے ہیں، اُن کا طریقہ حسب ذیل ہے:

اپریشن کرنے سے ۱۵ منٹ پہلے اجفان کو پلٹ کر سیمابی محلول سے خوب صاف کرتے ہیں۔ اس محلول کا ظرف مریض کی میز سے ۳ فٹ اونچائی پر ہوتا ہے اور یہ محلول اسی قدر اونچائی سے آتا ہے۔ دھونے کے دوران میں اجفان کو اوپر نیچے ہٹاتے رہیں۔ تاکہ محلول ہر جگہ اچھی طرح پہونچ جائے۔ ایک منٹ تک اسی طرح ملتحمہ کو دھوئیں اگر خاکستری مخاط نکلے تو اور دھوئیں۔ بعد ازاں آنکھ میں کوکین اور ایڈرینالین کا محلول ڈال دین اور پھر آنکھ کو طبعی نمکین محلول سے صاف کریں۔ ماہر الیٹ ملتحمہ کو مطہر روئی سے بھی صاف کرتے ہیں۔ اپریشن سے قبل اتنی احتیاط برتنے کے بعد ہزار ہا مریضوں میں سے ایک کی آنکھ میں بھی عددی نہیں ہوتا۔

چونکہ ملتحمہ کو اچھی طرح صاف کرنے کے بعد بھی اس کے اندر جراثیم موجود ہوتے ہیں اس لئے ظاہری طور پر ہم کہہ سکتے ہیں کہ عام طور پر تازہ زخموں میں عددی ہو جائیگا۔ مگر خوش قسمتی سے آجکل کی تدابیر کے ماتحت بہت ہی شاذ و نادر ایسا ہوتا ہے۔ گویا کہ ان جراثیم سے کوئی خطرہ نہیں رہتا۔

عمل جرحی کے لئے مریض کی وضع اور اس مقام کی روشنی۔ آنکھ کے اعمال جرحیہ مریض کو لٹا کر انجام دئے جاتے ہیں۔ اگر نزف الدم کا خطرہ نہ ہو تو آدھے لیٹنے اور آدھے بیٹھنے کی حالت میں یا بٹھا کر اپریشن کرنا بہتر ہے۔ بعض مشہور ماہرین ایسا ہی کرتے ہیں۔

تخدیر۔ مقامی تخدیر کے لئے کوکین محلول (۴ فیصدی) دو دو منٹ کے وقفہ کے بعد متعدد بار آنکھ میں ڈالیں مگر یہ محلول اُبال کر مطہر کر لیا گیا ہو اور تازہ ہو۔ اس محلول کو ڈالنے کے بعد مریض اپنی پلکوں کو کم جھپکاتا ہے، اسلئے قرنیہ خشک ہو جاتا ہے، لہذا مریض کو ہدایت کر دیں کہ وہ آنکھ کو بند رکھے۔ اپریشن کے دوران میں کبھی کبھی آنکھ کو طبعی نمکین محلول سے دھو دیں تاکہ آنکھ میں خشکی پیدا نہ ہو اور صاف بھی ہوتی رہے۔ قرنیہ میں خشکی پیدا کرنے کے علاوہ کوکین محلول کا بلا واسطہ مضر اثر قرنوی بشری خلیات پر بھی ہوتا ہے۔ اس لئے اس کا زیادہ استعمال ہرگز مناسب نہیں، لہذا جن امراض میں متعدد مرتبہ تخدیر پیدا کرنے کی ضرورت ہو اور اسی کے ساتھ ہماری یہ خواہش ہو کہ حدقہ عین زیادہ نہ پھیلے تو ہالوکین محلول کا استعمال مناسب ہے۔ حدقہ عین پر اس کا بالکل اثر نہیں ہوتا۔ اور قرنیہ پر کوکین سے کم اثر ہوتا ہے؛ اس کو ہم تو تریمیا کے استعمال کے وقت بھی آنکھ میں ڈالتے ہیں۔ اسی طرح جب قرنوی قروح کو جلانا یا شگاف دینا ہو یا جب غریب اجسام کو نکالنا ہو تو بھی اس کو استعمال کرتے ہیں، حالانکہ موخر الذکر اعمال کے لئے کوکین محلول سے تخدیر بہتر ہوتی ہے۔ کوکین کا اثر چند منٹ میں شروع ہو جاتا ہے۔ اور ۱۰ - ۱۵ منٹ تک رہتا ہے۔ مگر گہری ساختوں میں اثر ذرا دیر میں ہوتا ہے۔ اس لئے قطع عنبیہ کے عمل کو پہلی مرتبہ آنکھ میں کوکین محلول ڈالنے کے ۱۵ منٹ کے بعد کرنا چاہئے۔ بعض ماہرین کا خیال ہے کہ گہری ساختوں میں تخدیر پیدا کرنے کے لئے ۲ فی صدی ہالوکین کا استعمال بہتر ہوتا ہے۔ عضلات چشم کے اپریشن یا قطع عنبیہ یا عمل تعبی میں زیادہ گہری تخدیر کی ضرورت ہوتی ہے اس لئے زیر ملتحمہ ایا ۲ فیصدی کا پروکین محلول استعمال کریں۔ بعض ماہرین اس مقصد کے لئے ایک فیصدی کا کوکین محلول استعمال کرتے ہیں۔ لیکن اس کے استعمال سے بعض اوقات سمی علامات ظاہر ہوتی ہیں۔ ایک صورت یہ بھی ہے کہ پہلے کوکین کے ذریعہ تخدیر پیدا کرکے شگاف کے بعد غائر انسجہ پر پروکین محلول ڈالدیں۔

موتیا بند کے اپریشن سے قبل عضلہ قابضۃ الجفن کے گرد نووکین یا پروکین کی تلقیح کر دیں۔ تاکہ یکایک زور سے آنکھ کے بند ہونے پر مقلہ عین کے اندر کی نسیجوں کے باہر نکل پڑنے کا خطرہ جاتا رہے۔

اگر مقلہ عین کے پیچھے محجر کے اندر پروکین کی تلقیح کر دی جائے تو مقلہ عین کے نکالنے میں عمل جراحی کے لئے کافی تخدیر پیدا ہو جاتی ہے اور اگر اسی کے ساتھ ایڈرینالین کا محلول بھی ملا لیا جائے تو زرق الماء کے اپریشن کرنے کے قبل اس کے استعمال سے توتر عین بھی کم ہو جاتا ہے۔ جلد کے اندر سے عمل جراحی کرنے کی صورت میں (مثلاً کیس دمعی

کے نکالنے یا جفنی اعمال جراحیہ میں) پر کوکین کی تلقیح کافی ہوتی ہے۔ اس سے بہتر طریقہ Schleich. شلائش کا ہے یعنی ۱/۲ فیصدی طاقت کا کوکین محلول جس کے اندر ۱۰۰۰ میں ایا ۱۰۰۰۰ میں ۱ حصہ کوکین کا شامل ہو اس کو جلد کے اندر تلقیح کردیں۔ اس کی وجہ سے مقام تلقیح پر ایک آبلہ ابھر آئیگا جس کے اندر تخدیر کافی ہوگی۔ اس کے رقبہ کو ہم بڑھا سکتے ہیں۔ یعنی اسی طرح چاروں طرف تلقیح کریں۔ علی ہذا القیاس غضروف جفنی کے پیچھے کی ساختوں میں اپریشن کرنے سے پہلے ایسا کریں تو غضروفی روئیوں کو دبا کر توڑنے میں درد بالکل نہیں ہوتا۔

زیر ملتحمہ یا زیر جلد تلقیحات کے محلول میں اگر ایڈرینالین بھی ملالی جائے تو اس سے فائدہ ہوتا ہے کیونکہ اس کی وجہ سے سمی علامات کم پیدا ہوتی ہیں۔ اگر آنکھ میں سرخی (احتقان) بہت زیادہ ہو تو ایسی صورت میں بھی اس کے محلول کی آمیزش خالی از فائدہ نہیں، اگر اس احتقان کو ایڈرینالیں ڈالکر تحلیل کریں تو کوکین بھی کم استعمال ہوتی ہے۔ عضلات چشم کے اپریشن میں مخدر تلقیحات کے ساتھ ایڈرینالیں ملانے سے اپریشن کے مقام میں نزف الدم نہیں ہوتا اسلئے اپریشن میں آسانی ہوجاتی ہے مگر ناخونہ یا دوسرے نسیجی عروقی نکاثر میں اس کا استعمال مناسب نہیں معلوم ہوتا کیونکہ اس کے ڈالنے کی وجہ سے ان کی حدود صاف نہیں رہتیں۔

اگر آنکھ بہت زیادہ حساس ہو (شدید التہاب عنبی و ہدبی، حاد زرق الماء) تو کوکین اور ایڈرینالین دونوں کو ملاکر استعمال کرنے سے بھی اسقدر کافی تخدیر نہیں ہوتی کہ آزادی کے ساتھ اپریشن کرسکیں، ایسی صورت میں "کلوروفارم" کے ذریعہ تخدیر عمومی کی ضرورت ہوتی ہے، اور ایسا بڑے آپریشنوں مثلاً آنکھ کے نکال دینے کے لئے ہوتا ہے، بچوں میں ہمیشہ تخدیر عمومی سے کام لیں۔ بعض اوقات بڑے اپریشن میں بھی مقامی تخدیر عمومی تخدیر سے بہتر خیال کی جاتی ہے۔

آنکھ کو خاص حالت میں قائم کرنا۔ مقلہ عین پر عمل جراحی کرتے وقت ذیل کے اصولوں کا خیال رکھیں،

اجفان کو ایک دوسرے سے ہٹی ہوئی رکھنے کے لئے مفتاح الجفن (Lid speculum) استعمال کریں، ان میں سے بعض مفتاح ایسے ہوتے ہیں۔ کہ ان کے دونوں بازو ایک سپرنگ کے ذریعہ علیحدہ علیحدہ قائم کئے رہتے ہیں۔ اور ان کے درمیانی فاصلہ کو کم و بیش کرنے کے لئے اس کو خاص وضع میں رکھکر اس کے پیچ کو گھماکر ان کے دونوں دونوں بازوؤں کو دور و نزدیک کرتے ہیں۔

بعض مفتاح صرف ایک جفن کے کھولنے کے واسطے استعمال کئے جاتے ہیں۔ اس لئے ان کو ہاتھ سے پکڑے

رہنے کی ضرورت ہوتی ہے، خود مقلہ عین کو قائم کرنے کے لئے دندانہ دار ایک چمٹی کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس سے محیط قرنیہ پر ملتحمہ کی چٹنٹ مع زیر ملتحمہ نسیج کے پکڑ لی جاتی ہے اور جس مقام پر چاہیں اس گرفت سے آنکھ کو قائم رکھ سکتے ہیں۔ اکثر اعمال جرحیہ (قطع عنبیہ، موتیا بند، عضلات کے اپریشن) میں اس چمٹی سے اس مقام پر پکڑا جاتا ہے جو کہ شگاف کے بالمقابل واقع ہو لیکن معالج اپنی آسانی کے لئے اس مقصد کیواسطے جو جگہ چاہے منتخب کر سکتا ہے (بعض اوقات قرنیہ کے نزدیک بھی اس چمٹی سے مقلہ عین کو قائم کرنے میں ملتحمہ کے پھٹ جانے کا امکان ہے اسلئے) اکثر ماہرین کے نزدیک بہتر ترکیب یہ ہے کہ بالائی عضلہ مستقیمہ کے وتر کو پکڑ کر مقلہ عین کو ایک مقام پر قائم کریں۔

الشنگ Elsching، میڈکس Maddox اور دوسرے جرمن ماہرین بالائی عضلہ مستقیمہ سے ریشم کا مضبوط تاگا نکال کر اس کے ذریعہ آنکھ کو قائم کرتے ہیں۔

چونکہ مفتاح الجفن کے بازوؤں کا بوجھ اجفان پر پڑتا ہے اور یہ مریض کے لئے تکلیف دہ ہوتا ہے اس لئے بہتر ہے کہ کوئی مددگار اپنی انگلیوں سے اجفان کو تھامے رکھے۔ بالخصوص ان اعمال جرحیہ میں جن میں کہ اجفان کا دباؤ مقلہ عین پر بالکل نہ پڑنا چاہئے، (تاکہ زجاجیہ نہ خارج ہو جائے) ایسی صورت میں قائم کرنے والی چمٹی کو بھی نہ استعمال کریں۔

شگاف دینے کا طریقہ - جن شگافوں سے ہم مقلہ عین کو کھولتے ہیں وہ خزانہ مقدم کی حدود کے اندر ہوتے ہیں خزانہ مقدم سامنے چاروں طرف قرنیہ سے محدود ہوتا ہے کسی حد تک صلبیہ کے محیطی حصص بھی اس میں شامل ہوتے ہیں۔ اس لئے شگاف یا تو قرنیہ میں ہونا چاہئے یا صلبیہ میں ان شگافوں کی اقسام مندرجہ ذیل ہیں۔

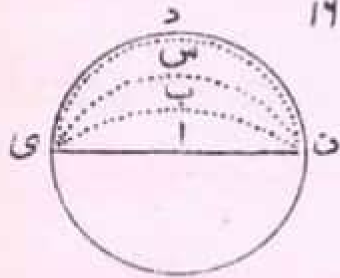
(۱) اپنی وضع و مقام کے لحاظ سے (۲) قرنوی (۳) صلبی۔ ان کے باہمی اختلافات کو بھی ذیل میں بیان کیا جاتا ہے۔

(الف) جب صلبیہ کے اندر شگاف ہو تو مجمقہ عنبیہ کے باہر نکلنے کا زیادہ خطرہ رہتا ہے۔

(ب) چونکہ صلبیہ کے اوپر ملتحمہ ہوتا ہے اس لئے صلبیہ کے اندر شگاف دینے سے فائدہ یہ ہوتا ہے کہ اوپر کی طرف اس کو ڈھکنے کے لئے ملتحمی پردہ (Conjunctival flap) بھی کٹ سکتا ہے مگر عام طور پر قرنوی شگافوں میں ایسا ممکن نہیں ہے۔

(ج) صلبیہ کے زخم باعتبار قرنیہ کے زخم کے عدوی سے کم ملوث ہوتے ہیں۔ کیونکہ اس کی جبلی خاصیت ہے کہ اس میں صدیدی عدوی شاذونادر ہی ہوتا ہے۔ دافع تعفن تدابیر کے اختیار کئے جانے سے قبل کے زمانے میں بھی صلبیہ کے اندر شگاف دینے سے بہتر نتائج مترتب ہوتے تھے، لہٰذا اس نظریہ کو موجودہ زمانے کے ساتھ کوئی خصوصیت نہیں ہے۔

شکل نمبر ۱۶۴



قرنیہ میں شگاف کی مختلف شکلیں، (طریقے)

وضع کے لحاظ سے شگاف یا تو خط نما ہوگا یا منحنی یا کروی ہوگا۔

اس تصویر میں ی ا ف شگاف خط نما اور ی ب ف، ی س ف، ی د ف، شگاف کروی ہیں۔ شگاف کے وقت خیال رکھیں کہ زخم میں سے نشتر آہستہ آہستہ باہر نکالیں تاکہ خزانہ مقدم سے رطوبت مائی کا اخراج جسقدر آہستہ آہستہ ہو بہتر ہے، ایسا کرنے سے اُن خطرات سے ہم محفوظ رہتے ہیں جو کہ رطوبت مائی کے یکایک نکل جانے کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں۔ مثلاً عنبیہ کا باہر نکل آنا، عدسہ کا جزئی خلع، زجاجیہ کا باہر نکل آنا، مقلہ عین کے اندر نزف الدم، اس کا خیال بڑھے ہوئے توترعین میں خاص طور پر رکھنا چاہیئے۔

کسی شگاف کے حجم اور وضع کو جانچنے کے لئے صرف باہر کو دکھائی دینے والے زخم کا جانچنا کافی نہیں ہے۔ بلکہ اندر کے زخم کا لحاظ کر کے فیصلہ کرنا ضروری ہے، اندرونی زخم کے حجم اس کی شکل اور وضع میں بیرونی زخم سے اختلاف پیدا ہونے کی وجہ یہ بھی ہے کہ آنکھ کے اندر مختلف شگاف موربی طور پر اس کے طبقات میں سے گذرتے ہیں۔ یہ خصوصیت مثلثی نشتر کے شگافوں میں خاص طور پر دیکھی جاتی ہے۔ اگر ہم شروع میں مثلث نشتر کو عمودی طور پر داخل کریں تو بھی خزانہ مقدم میں اس کی نوک کے پہونچنے پر ہم کو اس کی وضع بدلنی پڑتی ہے تاکہ یہ خزانہ مقدم میں طبقہ عنبیہ کے متوازی ہو جائے، ورنہ غلطی سے عنبیہ کو کاٹ کر عدسہ کے اندر نشتر کی نوک پہونچ جائیگی۔ اور اس طرح اس شگاف کی اندرونی جانب قرنیہ کے مرکز سے باہر والے شگاف کی بہ نسبت نزدیک ہوتی ہے۔ اسی وجہ سے اگر باہر کا شگاف صلبیہ کے اندر ہو تو اندر کا شگاف قرنیہ کے اندر ہوگا۔ اس لئے جو شگاف عمودی ہوں اُن کی بھی یہی حالت ہوتی ہے، لہٰذا اگر ہم چاہیں کہ طبقہ عنبیہ کو خاص مقام تک کاٹ دیں تو ٹھیک اُس مقام کے اوپر قرنیہ میں شگاف دینا غلطی ہوگی، بہتر یہ ہوگا کہ اس مقام سے آگے کو ہٹ کر قرنیہ کے اندر شگاف دیں۔ تاکہ اندر کی طرف والا شگاف

اس مقام پر آجائے، دوسری بات اسی سلسلہ میں قابل لحاظ یہ ہی کہ اندرونی شگاف باہر کے شگاف سے کم لمبا ہوتا ہی، اسکا خیال موتیابند کے اپریشن میں خاص طور سے رکھیں تاکہ اندرونی شگاف اسقدر بڑا کر دیا جائے کہ عدسہ اُسکے اندر سے بآسانی نکل سکے،

آنکھ کے طبقات میں شگاف کی موربی وضع کی وجہ سے اُسکے لبوں کے کھلے رہنے پر خاص اثر پڑتا ہی یعنی دونوں کنارے باہر کی طرف مُنہ کھولے رہتے ہیں۔ ہم پہلے بیان کر چکے ہیں کہ آنکھ کے شگافوں میں کردی، شگافوں کا مُنہ بہ نسبت خط نما شگافوں کے زیادہ کھلا رہتا ہی، مگر شگاف کے کناروں کا کھلا رہنا اس کی موربی یا عمودی حالت پر بھی منحصر ہوتا ہی۔

ماہر گریف، کے چاقو کو استعمال کرنے سے شگاف عمودی ہوتا ہی اور نشتر والا چاقو استعمال کرنے سے شگاف موربی ہوتا ہی۔

ماہر گریف، کے چاقو سے شگاف دیئے پر زخم کے لب کھلے رہتے ہیں، کیونکہ زخم کے کنارے لچکدار ہونے کی وجہ سے اپنے طبعی مقام سے ہٹ جاتے ہیں مگر نشتر کی قسم کے چاقو کے وہ شگاف جو طبقات میں سے موربی طور پر گذرتے ہیں ان کے لب نہیں کھلے رہتے، کیونکہ زخم کے دونوں لب جیب کی طرح ایک دوسرے کے اوپر بند ہو جاتے ہیں۔ اور اُن کا بند ہونا تو ترمین پر منحصر ہوتا ہے۔ تو ترمین آنکھ کے اندر سے باہر کی طرف ہر مقام پر یکساں ہوتا ہی۔ اور زخم کے پچھلے لب پر بھی اُتنا ہی زور ڈالتا ہے جتنا کہ سامنے والے پر، یہی وجہ ہے کہ دونوں لب ایک دوسرے کے ساتھ چپاں ہو جاتے ہیں۔ تنقب قرنیہ کے سلسلہ میں اس قسم کا سوراخ کرنے سے خزانہ مقدم کی رطوبت مائی ضائع نہیں ہوتی۔

اپریشن کے بعد چھوٹے بچوں کا خاموش لیٹا رہنا ممکن نہیں۔ اسوجہ سے انکے موتیابند کے اپریشن کے لئے یا قطع عنبیہ کے سلسلہ میں اگر شگاف ذرا بڑا دیا جائے تو اُس کا مندمل ہونا مشکل ہوتا ہے۔ اس لئے چھوٹے بچوں میں عمل جرحی کا یہ طریقہ بر سر کار نہ لائیں تو بہتر ہے۔ ان کے موتیابند کے واسطے محیط قرنیہ پر ایک سوئی ڈالکر عدسہ کے مقدم غلاف کو پھاڑ دیا جائے۔ اس سے عدسہ کی رطوبت مائی آہستہ آہستہ جذب ہو جاتی ہے۔ اس اپریشن کو دو تین مرتبہ کرانا پڑتا ہے۔

اپریشن کے بعد عدوی سے آنکھ کو بچانے کے لئے جہانتک ممکن ہو ملتحمہ سے ڈھانک دینے کی کوشش کریں۔ مثلاً بچوں میں موتیابند کی سوئی کو ملتحمہ کے اندر سے گذار کر خزانہ مقدم میں داخل کریں یعنی قرنیہ سے ذرا ہٹ کر اور پھر اسکو صلبیہ میں سے گذار کر خزانہ مقدم کے محیطی حصہ میں داخل کریں۔ اگر صلبیہ کے مؤخر حصہ میں کسی جسم غریب کو آنکھ کے اندر سے نکالنے کے لئے شگاف دیں تو ملتحمہ کا ایک چوکور ٹکڑا اس طرح بنائیں کہ اس کے اندر کا شگاف صلبیہ کے شگاف کو ڈھانک لے اور اُس کو اوپر سے ذرا ٹانکے لگا دیں۔ علیٰ ہذا القیاس قرنیہ کے جزئی انتفاخ کے درست کرنے میں بھی ملتحمہ کا ایسا ڈھانکنے

والا پرت بنائیں جو کہ اپریشن کے بعد اس مقام پر قرنیہ کو ڈھانک دے۔

شگاف سے باہر طبقہ عنبیہ کا نکل آنا اور اُس کو پھر اپنی جگہ واپس کرنا۔

اپریشن ختم کرتے وقت یہ نہایت ضروری ہی کہ عنبیہ کو اپنے طبعی مقام پر واپس کر دیا جائے کسی صورت میں بھی زخم کے اندر طبقہ عنبیہ کا پھنسا رہنا مناسب نہیں ہی۔ اگر موتیا بند کے اپریشن میں قطع عنبیہ کا عمل نہ کیا جائے تو آنکھ کے اندر سے رطوبت مائی یا عدسہ کے باہر نکالنے پر طبقہ عنبیہ بھی زخم کے اندر یا باہر کو نکل آتا ہی۔ اگر اسوقت قطع عنبیہ کا عمل کیا جائے تو عنبیہ والی چمٹی سے اسکو پکڑ کر زخم کے برابر سے کاٹ دیا جائے، ایسا کرنے سے عنبیہ کا وہ حصہ جو زخم میں پڑا ہی اُسی جگہ رہ جاتا ہی۔ اب اگر عدسہ کے نکالنے میں کچھ زور پڑے تو عنبیہ کے اُس حصہ پر جو خزانہ مقدم میں ہوتا ہی کھنچاؤ پڑتا ہی ذیل کی تصاویر ملاحظہ ہوں اگر عنبیہ کو کاٹ دیا جائے تو یہ کھنچاؤ زائل ہو جاتا ہی یعنی بقیہ عنبیہ سکڑ کر زخم کے درمیانی حصہ سے خزانہ مقدم میں واپس چلا جاتا ہے اگر اسکے سکڑنے میں عنبیہ کا عضلہ قابضہ مدد دے تو یہ اور بھی سکڑتا ہی۔ اس میں کوئی شک نہیں کہ اس عضلہ کی امداد بہت خفیف ہوتی ہی کیونکہ کاٹنے کی وجہ سے اس کا اتصال منقطع ہو کر اس کا فعل بڑی حد تک خراب ہو چکا ہوتا ہی۔

شکل ۱۷۳

یعنی قطع کے دونوں سرے ندبی ساخت میں آگئے ہیں مگر زخم کی سطحیں دونوں طرف سے صاف ہیں ان میں پھنسا ہوا عنبیہ نہیں دکھائی دیتا۔ حدقہ بین کے کھنچ جانے کی وجہ سے عنبیہ اوپر ہٹا ہوا معلوم ہوتا ہی عضلہ قابضہ کے دونوں طرف اسکے زاویے نہیں دکھائی دیتے عنبیہ کا حدقی حصہ ہار کی طرح ایکطرف سے دوسری طرف تک پھیلا ہوا ہی اور یہی حصہ کے عینی الیاف عمودی سمت میں بہت زیادہ تنے ہوئے ہیں کیونکہ شبکیہ کا مون سبزہ اسکی مقدم سطح پر استر کرتا ہے۔

شکل ۱۷۲

ق ز ز

قطع عنبیہ کے وقت عنبیہ کی نوک چمٹی سے عنبیہ کو حدقی کنارے پر پکڑ کر زخم ز۔ زا سے باہر نکالا گیا ہی، باہر نکلا ہوا حصہ خیمہ نما ہی۔ حدقی کنارہ خیمہ میں داخل ہونیکے راستے میں حائل ہی ان دونوں کے درمیان پیچھے ہٹ کر عنبیہ کی موخر سطح دکھائی گئی ہی جو کہ باقی جگہ سے زیادہ سیاہ ہے

شکل ۱۷۱

عنبیہ ندبی ساخت میں پھنس چکا ہے اور اس طرف حدقہ بین نوک دار ہو گیا ہے۔

شکل ۱۷۰

ص صا ع زا ز

عنبیہ اخراج عدسہ کے بعد زخم میں پھنس گیا ہی ص۔ صا اخراج عدسہ کے لئے شگاف قرنیہ کے اندر ہی ع عنبیہ سیاہ اُبھار کی صورت میں دکھائی دیتا ہے زا، عضلہ قابض عنبیہ کا زاویہ دوسری طرف کے مقابلہ میں اوپر کو ہٹ گیا ہی اور دوسری طرف کا کٹا ہوا حصہ اپنے اصل مقام پر ہے۔

شکل ۱۶۹

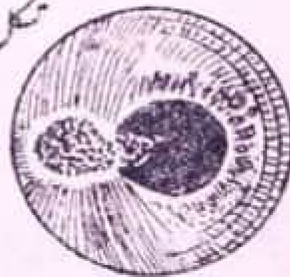
ص صا ز زا

عنبیہ کی طبعی حالت (دوگنا حجم) ص۔ صا صلبیہ کے اندر اخراج عدسہ کے لئے شگاف ز۔ زا عضلہ قابضۃ العنبیہ کے زوایا دونوں نیچے ہیں۔

بعض اوقات مذکورہ تدابیر سے بھی خزانہ مقدم میں عنبیہ واپس نہیں جاتا۔ اگر اسوقت عنبیہ کو واپس کرنے کی کوئی تدبیر نہ اختیار کی جائے تو یہ زخم کے اندر ہی رہ جاتا ہے۔

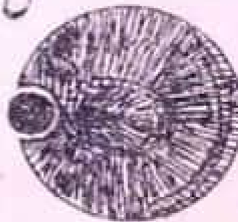
زخم کے اندر عنبیہ کا التصاق اس امر پر منحصر ہے کہ کس قدر عنبیہ زخم سے باہر کو نکلا رہ گیا تھا۔ اگر یہ زخم سے گذر کر باہر کو نکل آوے تو زخم کے درمیانی حصہ میں سیاہ اُبھار کی صورت میں نظر آتا ہی اور اگر زخم سے باہر بالکل نہ نکلا ہو بلکہ زخم کے اندرونی لبوں کے درمیان بند ہو گیا ہو تو اُسکو پہچاننا آسان ہی۔ کیونکہ اس صورت میں حدقہ عین اپنی طبعی جگہ سے ہٹ جاتا ہی (تصویر ۱۷۵ ملاحظہ ہو) اگر عنبیہ کاٹ نہ دیا گیا ہو تو حدقہ عین کی شکل ناشپاتی سے مشابہ ہوتی ہی۔ اسکی چوٹی ایسی صورت میں لیفی ساخت کیطرف ہوتی ہی (تصویر ۱۷۶ ملاحظہ ہو) جیسا کہ قرنیہ کے اُن قروح میں جن میں کہ سوراخ ہوتا ہی۔ جب عنبیہ اندر پھنس جائے تو یہی صورت ہوتی ہی۔

اگر اپریشن میں عنبیہ کو کاٹ دیا گیا ہو تو عنبیہ کے کٹے ہوئے مقام اور حدقہ عین کے درمیان دو نوکیں نکلی ہوئی معلوم ہوتی ہیں جہاں پر کہ عضلہ قابض عنبیہ کٹ چکا ہی (۱۹۹ ویں تصویر ملاحظہ ہو) اگر حدقہ عین آزاد ہو تو یہ دونوں نوکیں ایک دوسرے کے بالمقابل اور اُس دائرہ کے اندر ہوتی ہیں جو کہ حدقہ عین کے کنارے سے حدقہ کے



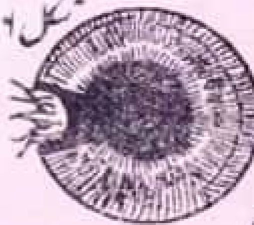
شکل ۱۷۴

قرنیہ کے اندر لیفی ندبی ساخت کی پیدائش مع مقدم التصاق عنبیہ جو کہ بثری التہاب ملتحمہ میں قرحہ کی وجہ سے پیدا ہوا ہے۔ ندبی ساخت کا درمیانی حصہ ایک سفید ہالہ سے گھرا ہوا ہے اور حدقہ عین ندبی ساخت کی طرف کھنچ گیا ہے۔



شکل ۱۷۵

بثری قرحہ میں سوراخ ہونیکے بعد ندبی ساخت جس میں عنبیہ بھی شامل ہو گیا ہو اس کا کچھ حصہ عطلیہ پر ہے۔ بثری التہاب قرنیہ و ملتحمہ کے بعد یہ حالت پیدا ہوتی ہی۔ درمیانی حصہ عنبیہ کو ظاہر کرتا ہی۔ چاروں طرف سفید سخت ندبی ساخت عنبیہ اور سوراخ کے باہر درمیانی حصہ میں ہی۔ حدقہ عین ناشپاتی کی شکل کا ہی جس کا نوکدار حصہ ندبی ساخت کیطرف ہی دوسری طرف بالمقابل عنبیہ میں نناوی ہی اسنے عنبیہ کے حدقی اور ہدبی حصص مع نپے ہوگئے ہیں



شکل ۱۷۶

ندبی ساخت جسمیں عنبیہ شامل نہیں ہی۔ یہاں بثری قرحہ تھا جس میں سوراخ ہو گیا ہے سوراخ سے باہر نکلا ہوا عنبیہ مناسب طریقہ پر کاٹ دیا گیا۔ لہذا ندبی ساخت کیساتھ ملحق نہیں نظر آتا ندبی ساخت کے حصہ میں عنبی کنارہ دکھائی دیتا ہی۔ حدقہ عین مستقل طور پر پھیلا ہوا ہی۔ کیونکہ عضلہ قابض عنبیہ ایک جگہ سے غائب ہی۔

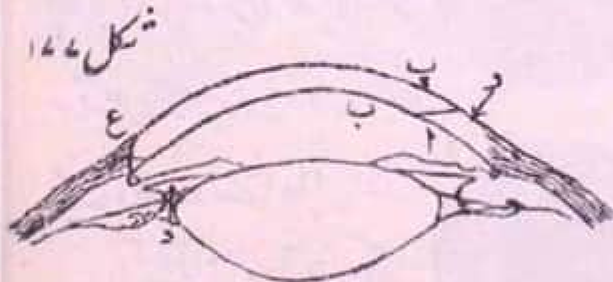
طبعی ہونے کی صورت میں بنتا ہی۔ اگر عنبیہ زخم کے اندر پھنس جائے تو جس طرف یہ پھنسا ہو اُس طرف کا بازو چھوٹا ہو جاتا ہی۔ یہ بھی ممکن ہی کہ اس کا ایک کونہ اسقدر اوپر کو کھنچ جائے کہ بالکل نظر ہی نہ آئے، اگر یہ حالت دونوں طرف پیدا ہو تو اس صورت میں حدقہ عین قرنیہ کے محیط کی طرف ہٹ جاتا ہی (تصویر ۱۷۳ ملاحظہ ہو) زخم کے اندر عنبیہ کے پھنس جانے سے بہت سے خراب نتائج رونما ہوتے ہیں التہابی خراش کی وجہ سے زخم مندمل نہیں ہوتا یا اسکے اندمال میں بہت دیر لگتی ہی یعنی ندبی ساخت مضبوط نہیں بنتی۔ بیقاعدہ اور بعض جگہ

منتج بھی ہوا کرتی ہے- آخر میں عنبیہ کے پھنسنے کی وجہ سے تو ترعین بھی بڑھ سکتا ہے- خود اس آنکھ میں التہاب اور دوسری آنکھ میں بھی شرکی التہاب پیدا ہو سکتا ہے، لہذا مذکورہ عوارض سے محفوظ رہنے کے لئے اپریشن کے بعد اس امر کے لئے ہر ممکن کوشش کرنا چاہئے کہ پھنسا ہوا عنبیہ آزاد ہو جائے اور اسکو اپنی اصل حالت پر لے آیا جائے، اس کا طریقہ ذیل میں درج ہے-

مسواط یعنی کوڈالکر آہستہ آہستہ عنبیہ کو ہلکے طور پر سوت کر اصل مقام پر لیجائیں اگر یہ کوشش ناکام رہے یا واپسی کے بعد پھر عنبیہ باہر نکل آئے تو باہر نکلے ہوئے حصہ کو کاٹ دیں-

— نشتر نما چاقو (Lance knife) کے بعد زخم کے لب اسقدر مل جاتے ہیں کہ عنبیہ کے باہر نکلنے کا خطرہ نہیں رہتا- جب قرنیہ کے اندر سوراخ ہو تو ہر مقام سے اس سوراخ کی طرف رطوبت مائی آتی ہے، کیونکہ اس مقام پر تو ترعین کا درجہ صفر ہوتا ہے یعنی اس جگہ اس کا دباؤ باہر کی ہوا کے دباؤ کے برابر ہوتا ہے- خزانہ مقدم کی رطوبت بلا روک ٹوک اس مقام پر باہر نکل سکتی ہے- مگر خزانہ مؤخر کی رطوبت جو عنبیہ کے پیچھے ہوتی ہے اس کو باہر نکلنے میں حدقہ میں سے گذر کر سامنے آنا پڑتا ہے- اگر ہم فرض کریں کہ قرنیہ کے اندر افقی کنارے پر زخم ہے تو صدغی طرف کی رطوبت مائی جو خزانہ مؤخر میں ہے وہ اس حدقہ میں سے گذر کر خزانہ مقدم میں آجاتی ہے- اور قرنوی شگاف کے راستے آسانی سے نکل سکتی ہے- مگر وہ رطوبت جو خزانہ مؤخر میں انفی جانب عنبیہ کے پیچھے ہے اسکو حدقہ تک جانے میں راستہ بہت دور پڑ جاتا ہے- اس راستہ کو کم کرنے کے لئے خزانہ مؤخر کی رطوبت جو کہ انفی طرف ہے اگر وہ عنبیہ کو باہر کی طرف دھکیل دے تو ظاہر ہے کہ شگاف کے اندر عنبیہ باہر کو نکل آئیگا- مذکورہ امور سے شگاف کے اندر عنبیہ کے پھنسنے کی توضیح ہو جاتی ہے- گویا کہ عنبیہ کے باہر نکلنے کی صورت ایک تھیلی سے مشابہت رکھتی ہے، جس کے اندر خزانہ مقدم کی رطوبت ہوتی ہے-

شکل ۷۱



قرنیہ و صلبیہ کے اندر موربی شگاف ع قطع عنبیہ کیواسطے شگاف جو کہ کم و بیش صلبیہ پر اور اندر کیطرف قرنیہ پر ہے ب شگاف قرنیہ میں ہے ا باہر کا حصہ ب اندر کی طرف زخم کا لب ہے-

مندرجہ ذیل صورتوں میں عنبیہ کے باہر نکلنے کا خطرہ رہتا ہے-

(۱) جسقدر جلد رطوبت مائی باہر نکلے اسی قدر خزانہ مقدم کی رطوبت کو باہر نکلنے کا کم موقع ملتا ہے- اسی وجہ سے یہ رطوبت عنبیہ کو باہر دھکیل دیتی ہے اور عنبیہ باہر نکل آتا ہے-

(۲) تو تزئین جس قدر زیادہ ہو اُسی قدر زیادہ خطرہ عنبیہ کے باہر نکلنے کا ہوتا ہے۔ کیونکہ خزانہ مقدم جو خالی ہو جاتا ہے اس کے اور خزانہ موخر کے دباؤ میں بہت فرق ہو جاتا ہے۔ اسی لئے زرق الماء میں اگر قطع عنبیہ کا عمل کیا جائے تو زخم کے اندر عنبیہ کا بہت بڑا حصہ آکر پھنس جاتا ہے۔

(۳) شگاف جتنا زیادہ محیطی حصہ میں ہوتا ہے اُسی قدر عنبیہ کے باہر نکلنے کا خطرہ زیادہ ہوتا ہے کیونکہ خزانہ موخر کی رطوبت کو باہر نکلنے کے لئے راستہ زیادہ بڑھ جاتا ہے۔ اور اس مقام پر خزانہ مقدم کی گہرائی بھی نسبتاً زیادہ ہو جاتی ہے۔ اسی لئے اس کے پیچھے رطوبت کی مقدار بھی زیادہ ہوتی ہے جو اس کو آگے کو دھکیل رہی ہوتی ہے۔

(۴) شگاف کے حجم اور شکل کے مطابق بھی اُس کے نکلنے کا خطرہ کم و بیش ہوتا ہے۔ اگر زخم کا حجم خاص حد تک ہو تو عنبیہ اُس کے اندر جا سکتا ہے اور جسقدر شگاف کا حجم کم ہو اُسی قدر عنبیہ کے باہر نکلنے کا خطرہ کم ہوتا ہے۔

اگر زخم گول ہو جیسا کہ قروح قرنیہ میں سوراخ ہو جانے پر پیدا ہوتا ہے تو اس کے اندر سے ضرور عنبیہ باہر کو نکلیگا اگر زخم کی ہیئت جیب نما ہو جیسا کہ نشتر نما چاقو سے بنایا جاتا ہے تو اس میں عنبیہ نہیں پھنستا، یا اُس کے پھنسنے کا کم خطرہ رہتا ہے۔ اسی لئے جب قرحہ قرنیہ میں سوراخ ہونے کا خطرہ ہو تو نشتر نما چاقو سے شگاف دینا بہتر ہوتا ہے۔ تاکہ عنبیہ کے باہر نکلنے کا خطرہ کم ہو جائے۔

اپریشن کے بعد بھی عنبیہ زخم سے باہر نکل سکتا ہے۔ اگر زخم ایسا ہو کہ اس میں سے عنبیہ کے باہر نکلنے کا ڈر نہ ہو تو اپریشن کے وقت معمولی طور پر مسواط کے ذریعہ عنبیہ کو اندر کی طرف کر دیں مگر جب شگاف صلبیہ کے اندر اور بڑا ہو تو اس سے عنبیہ کے باہر نکلنے کا خطرہ رہتا ہے۔ ایسی صورت میں سواط کے ذریعہ عنبیہ کو اندر کرنے سے کوئی خاص فائدہ نہیں ہوتا اگر عنبیہ کو مسواط کے ذریعہ اندر کر بھی دیا جائے تو پھر زخم سے باہر نکل کر اس کے اندر پھنس سکتا ہے۔ ایسی آنکھوں میں عنبیہ کے باہر نکلے ہوئے حصہ کو کاٹ کر الگ کر دینا چاہئے۔

اس طرح عنبیہ کو کاٹنے کے بعد اُس کا باہر کو نکلنا کس طرح رُک جاتا ہے؟ کیا اس کی وجہ یہ ہے کہ عنبیہ کا وہ حصہ جو باہر نکل سکتا تھا اُس کو کاٹ دیا گیا ہے؟ لیکن اگر یہی وجہ ہوتی تو عنبیہ کو زخم کے اندر سے پوری طرح نکالکر کاٹنا پڑتا۔ حالانکہ عنبیہ کا اسقدر کاٹنا ضروری نہیں ہوتا۔ حقیقتاً اُس کی وجہ یہ ہے کہ عنبیہ کے کاٹنے سے خزانہ مقدم اور خزانہ موخر کے درمیان براہ راست تعلق قائم ہو جاتا ہے۔ اور خزانہ موخر کی رطوبت بغیر کسی رکاوٹ کے خزانہ مقدم میں پہونچ جاتی ہے۔ لہذا اس سے

لئے عنبیہ کو دھکیل کر سامنے لانے کی ضرورت نہیں پڑتی۔ اسی لئے ایسی حالتوں میں عنبیہ کے محیط پر معمولی سا سوراخ بھی اس مقصد کے لئے کافی ہوتا ہے۔

موتیا بند وغیرہ کے اپریشن میں رطوبت مائی اور رطوبت زجاجیہ کا آنکھ کے اندر سے خارج ہونا۔ عنبیہ کے باہر نکلنے اور نزف الدم کو روکنے کے لئے شگاف آہستہ آہستہ دینا چاہیئے۔ بعض اپریشن (موتیا بند میں سوئی کے ذریعہ عدسہ کے مقدم غلاف کو پھاڑنا) میں رطوبت مائی آنکھ سے بالکل ضائع نہیں ہوتی۔ رطوبت زجاجیہ کے ضائع ہو جانے کے یہ معنی ہیں کہ یا تو صلبیہ میں کوئی تفرق اتصال ہو گیا ہے یا رطوبت مائی اور رطوبت زجاجیہ کے درمیانی حجاب کا تفرق اتصال لاحق ہوا ہے اسی لئے زجاجیہ موتیا بند کے اپریشن میں ضائع ہو جاتی ہے۔

قرنیہ کے شگاف کے بعد رطوبت مائی کے خارج ہونے کا مطلب یہ ہے کہ آنکھ کا غلاف نسبتاً سکڑ گیا ہے۔ اگر آنکھ کی دیواریں دھات کے گولے کے مانند بالکل سخت ہوتیں تو شگاف کے بعد اس کے اندر سے رطوبت کا ایک قطرہ بھی خارج نہ ہوتا۔ ایسی صورت میں کسی ایسی جگہ شگاف دینے کی ضرورت ہوتی جو کہ اس سے زیادہ نیچی ہو، تاکہ آنکھ کے اندر سے رطوبت باہر نکل سکے۔

آنکھ کے طبقات کی لچک کی وجہ سے جو انقباض پیدا ہوتا ہے اس کے علاوہ مقلی عضلات کا دباؤ بھی اس میں مدد دیتا ہے۔ اور اجفان کا دباؤ بھی اعانت کرتا ہے جبکہ عدسہ اور اس کے رباط کی وجہ سے جو حجاب پیدا ہوتا ہے۔ وہ اسقدر لچک دار ہو کہ رطوبت مائی کے غائب ہونے کے بعد وہ دباؤ کی وجہ سے آگے کو بڑھ آئے۔

بوڑھے مریضوں میں جن کی آنکھ کے طبقات نسبتاً زیادہ سخت ہوتے ہیں۔ اور جن کی آنکھیں محجر کے اندر دھنسی ہوئی ہوتی ہیں اور اسی وجہ سے اجفان وعضلات کا اثر ان پر کم پڑتا ہے ان کے قرنیہ میں جب شگاف دیتے ہیں تو ہوا کے دباؤ کی وجہ سے قرنیہ پیچھے کو چلا جاتا ہے۔ ان کے قرنیہ کا پتلا ہونا اور اپریشن میں کوکین کو استعمال کرنا (جس سے تو تر عین کم ہو جاتا ہے) اس حالت کے لئے اور بھی معین ثابت ہوتا ہے۔ زمانہ سابق میں ان اپریشنوں میں قرنیہ کا پیچھے چلا جانا برا سمجھا جاتا تھا مگر آجکل ہم کو معلوم ہے کہ اس طرح قرنیہ کے پیچھے چلے جانے سے اندمال پر کوئی برا اثر نہیں پڑتا کیونکہ جیسے ہی خزانہ مقدم بھر جاتا ہے یہ حالت جاتی رہتی ہے اور خزانہ مقدم اپریشن کے بعد چند منٹ میں بھر جایا کرتا ہے۔ اگر خزانہ مقدم کے پُر نہ ہونے کا خیال ہو تو گرم طبعی نمکین سیال خزانہ مقدم میں ڈالدیں یہ حالت دور ہو جائیگی

رطوبت زجاجیہ کے بہت زیادہ مقدار میں خارج ہو جانے پر بھی ہم کو ایک منقلہ (Irrigator) کے ذریعہ ایسا کرنا پڑتا ہے۔ یا کند نوک والی پچکاری کا سرا بھی زخم کے لبوں میں رکھ کر ایسا کرتے ہیں۔ پچکنے کے بعد اگر قرنیہ اپنی طبعی لچک کی وجہ سے خود بخود اپنی اصل گردی حالت پر آجائے تو خزانہ مقدم کا دباؤ منفی ہو جاتا ہے جیسا کہ ربڑ کے گیند کو دبا کر چھوڑنے پر منفی دباؤ کی وجہ سے باہر کا پانی اندر کو کھینچ آتا ہے بشرطیکہ وہ پانی میں رکھا ہوا ہو اسی طرح آنکھ کے اندر کے منفی دباؤ کی وجہ سے ہوا یا خون اندر چلا آتا ہے۔ مگر اس سے کوئی خاص حرج نہیں ہوتا۔

اپریشن کے بعد نزف الدم۔ جن اعمال جراحیہ میں عروق انسجہ مثلاً عنبیہ و ملتحمہ کٹ جائیں اُن میں ان نسیجوں سے خزانہ مقدم کے اندر نزف الدم ہوتا ہے۔ اگر طبقہ عنبیہ طبعی حالت میں ہو تو اس کے کاٹنے پر اس کے اندر سے خون اسقدر کم نکلتا ہے جو کہ نہ نکلنے کے برابر ہے۔ کیونکہ عنبیہ کے عروق کٹنے کے بعد اپنی دیواروں کے سکڑنے کی وجہ سے فوراً بند ہو جاتے ہیں۔ مگر جب اپریشن ماؤف عنبیہ مثلاً التہاب عنبیہ، زرق المار، ہمور عنبیہ وغیرہ کی حالت میں کیا جائے تو خون بہت زیادہ نکلتا ہے جس کی وجہ سے پورا خزانہ مقدم خون سے بھر جاتا ہے۔ استحالہ کی عمومی خرابیوں میں بھی نزف الدم زیادہ ہوتا ہے۔ بیشتر موتیابند کے اپریشنوں میں تجربہ کیا گیا ہے کہ جن مریضوں کو نزف الدم کی شکایت ہوئی اُن میں سے ۲۹ فیصدی ذیابطیس میں مبتلا تھے، اور ۱۳ فیصدی بول زلالی کے مریض تھے۔ صرف ۴ فیصدی ایسے لوگوں میں نزف الدم پایا گیا جو نہ بول زلالی میں مبتلا تھے اور نہ ذیابطیس میں۔

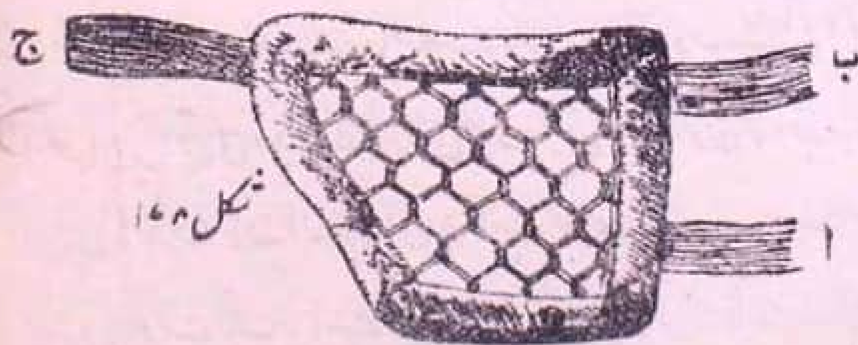
نزف الدم تکلیف دہ حالت ہے۔ کیونکہ اس کی وجہ سے معالج آنکھ کے اندر کی حالت نہیں معلوم کر سکتا۔ مگر تندرست آنکھوں میں اس کی وجہ سے اور کوئی تکلیف نہیں ہوتی۔ خون خود جذب ہو جاتا ہے لیکن جن آنکھوں کا عنبیہ ماؤف ہو ان میں نہ صرف نزف الدم زیادہ ہوتا ہے بلکہ خون کے جذب ہونے میں بھی زیادہ دیر لگتی ہے۔ یہاں تک کہ بعض اوقات مہینوں کا وقت لگ جاتا ہے۔ کیونکہ ایسی آنکھوں کا کلی استحالہ بہت خراب ہوتا ہے۔

قرنیہ کے پچک جانے کے بعد جب خزانہ مقدم بھر کر یہ دوبارہ واپس اُٹھتا ہے۔ تو عروق کے اندر سے خون گویا کہ چوس لیا جاتا ہے اسی وجہ سے خزانہ مقدم خون سے بھر جاتا ہے۔ یہ حالت بالخصوص اُن آنکھوں میں ہوتی ہے جن کے اندر خزانہ مقدم و موخر اور زجاجیہ کے درمیان حجاب نسبتاً سخت ہوتا ہے۔ اور باہر کی طرف طبعی مقام پر قرنیہ کے جانے میں یہ حجاب سامنے کو ہٹ کر نہیں آسکتا جب ایسی آنکھ میں اپریشن کیا جائے جس میں مزمن التہاب عنبیہ و جسم ہدبی موجود ہو تو

نزف الدم بہت زیادہ ہوتا ہے۔ جو کہ دو وجہوں سے تکلیف دہ ہوتا ہے (۱) بہت دیر میں یہ جذب ہوتا ہے (۲) اس کا کچھ حصہ لیفی ساخت میں بھی تبدیل ہو سکتا ہے۔ اور یہ دوبارہ حدقہ کو بند کرنے کا باعث بن سکتا ہے۔ اس منفی دباؤ سے بچنے کے لئے اپریشن کے بعد دباؤ والی پٹی باندھ دینا چاہیئے۔

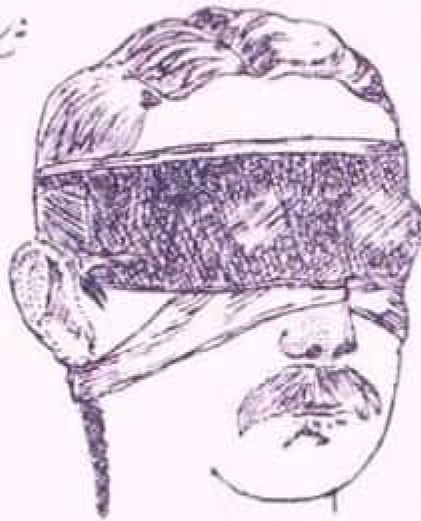
کٹے ہوئے عروق سے جو نزف الدم ہوتا ہے اسکو آنکھ کے اندرونی خود بخود ہونے والے نزف الدم سے مختلط نہ کرنا چاہیئے موخرالذکر آنکھ کے اندر یکایک توترعین کے کم ہوجانے کی وجہ سے ہوتا ہے جس کا باعث رطوبت مائی کا خروج اور عدسہ کا باہر نکلنا ہے۔ اسی وجہ سے طرق مشیمی اور شبکی کے اندر خون زیادہ بھر جاتا ہے۔ اور یہاں کے عروق پھٹ جاتے ہیں۔ اس قسم کے نزف الدم کا امکان توترعین کی بڑھی ہوئی حالت میں زیادہ ہوتا ہے۔ کیونکہ ایسی حالتوں میں عروق کی دیواریں فسادی تغیرات میں مبتلا ہوتی ہیں۔ زرق الماء کے اندر قطع عنبیہ کے عمل سے خفیف نزف الدم ضرور ہوتا ہے۔ اور شاذ و نادر حالتوں میں عروق سے اسقدر بھی خون بہتا ہے کہ زجاجیہ کے اندر یا شیمیہ کے نیچے پہونچ جاتا ہے جس کی وجہ سے شیمیہ صلبیہ سے ہٹ جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ یہ نزف الدم اسقدر شدید ہوتا ہے کہ یہ خون سب ساختوں کو دھکیل کر زخم کے اندر سے باہر نکال دیتا ہے اور اس کے بعد خون بھی زخم سے باہر نکلنا شروع ہوجاتا ہے، ظاہر ہے کہ ایسی آنکھ خراب ہوجاتی ہے۔

پٹی باندھنا۔ (Dressing) اپریشن کے بعد مطہر پٹی باندھنا چاہیئے، اسکے واسطے ذیل کا طریقہ اختیار کریں۔
اپریشن کے بعد اجفان کو پٹی سے چپکنے سے روکنے کے لئے مطہر ویزلین اجفان نیز انکے کناروں پر لگائیں یا اسکے بجائے مطہر بورک مرہم استعمال کریں۔
اس کے بعد آنکھ کو بند کرکے اوپر سے مطہر گاز رکھیں اور مطہر روئی کی ایک گدی کو زنک پلاسٹر سے اپنی جگہ پر قائم کردیں اور اوپر سے پٹی باندھ دیں۔
موتیابند کے اپریشن میں جالی دار خاص قسم کی پٹی لگائیں تاکہ سونے کی حالت میں مریض اپنی انگلیوں کو آنکھ کے اندر نہ چبھو سکے۔



بائیں آنکھ کے لئے سوراخ دار پٹی جس کے کنارے چاروں طرف روئی اور کپڑے سے موٹے کردیئے گئے ہیں۔ ا و ب، دو فیتے جو بائیں کان کے پیچھے اور نیچے کی جاکر پچھلی طرف سر کے ہوتے ہوئے دائیں طرف آجائیں گے، اور اس جگہ ان میں سے ایک فیتہ دائیں طرف کے فیتہ کے سوراخ ج سے نکالکر آپس میں باندھ دیا جاتا ہے۔

ماہر "سنے لین" اس مقصد کے لئے الومینیم کا پتر استعمال کرتے ہیں - یہ پتر بڑا اور باریک ہوتا ہے جس کے اندر سوراخ ہوتے ہیں اسکو آنکھ کی پٹی کے اوپر زنک پلاسٹر کے ذریعہ چپکا دیا جاتا ہے -


شکل ۹، ۱

آنکھوں پر اکٹھی پٹی

بعض سرجن اپریشن کے بعد کوئی پٹی نہیں لگاتے اُن کا خیال ہے کہ پٹی آنکھ کی حرکات کو بند نہیں کر سکتی ، اور اس کی وجہ سے آنکھ کے اندر مواد جمع ہو سکتا ہے ، نیز ملتحمہ کے اندر اس کی وجہ سے جراثیم کی افزائش ہو سکتی ہے اگر ملتحمہ میں التہاب کے لئے استعداد ہو تو اس میں کوئی شک نہیں کہ پٹی کے باندھنے سے مواد بہت زیادہ جمع ہو جاتا ہے اور ایسی صورت میں پٹی کو کھولکر آنکھ کو کئی کئی بار دھونا پڑتا ہے ، دھونے کے بعد پروٹارگول آرجی رول بھی ڈالنا پڑتا ہے تجربہ سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ آنکھ کو کھلا چھوڑ دینے سے بھی وہی فائدہ ہوتا ہے جو کہ پٹی کے باندھ دینے سے لیکن اسکے باوجود قابل سے قابل ماہرین بھی یہی رائے رکھتے ہیں کہ موتیا بند اور قطع عنبیہ کے اپریشن کے بعد پٹی باندھنا ضروری ہے - اور آنکھ کے عضلات کو چھوٹا کرنے کے اپریشن کے بعد بھی ماہرین آنکھ پر کئی روز تک پٹی باندھتے ہیں - اس حالت میں معالجین کا خیال ہے کہ پٹی آنکھ کو عدوی سے بچانے کے خیال سے نہیں باندھی جاتی بلکہ آنکھ کو دیکھنے سے روکنا مقصود ہوتا ہے - تاکہ ٹانکوں پر کھینچاؤ کا اثر نہ پڑے - اسی غرض سے دونوں آنکھوں پر پٹی باندھی جاتی ہے - کیونکہ ایک آنکھ کے کھلا رکھنے سے دوسری آنکھ کی بھی حرکات جاری رہتی ہیں -

آنکھ کے اپریشن کے بعد اگر ہم پٹی نہ بھی باندھیں تو بھی یہ ضروری ہے کہ آنکھوں کی حفاظت کے لئے سامنے کوئی حجاب ضرور لگا دیں -

اپریشن کے بعد جب ہم عضلی اوتار پر عمل کریں تو آنکھ کو کھلا رکھنا چاہئے ، کیونکہ اس صورت میں ہماری خواہش یہ ہوتی ہے کہ نئے حالات میں آنکھ کی حرکات جاری رہیں - تاکہ بصارت عینین صحیح قائم ہو سکے - اور آنکھوں کے نسبتی طبعی مقام از سر نو متعین ہو جائیں - ان آنکھوں میں چونکہ عدوی کا ڈر نہیں ہوتا اور پہلے چند گھنٹوں کے بعد جب باہر کا زخم مصل دموی کی لیفین سے ڈھک جاتا ہے تو عدوی کا خطرہ بالکل جاتا رہتا ہے - ایسی صورت میں پٹی صرف اپریشن کے روز استعمال کی جائے

اس کے بعد دونوں آنکھوں کو کھول دیا جائے اور مریض سے دور کی اشیاء کی طرف دیکھنے کی تاکید کی جائے۔

بعض ماہرین چاہتے ہیں کہ اپریشن کے ۴۸ گھنٹے کے بعد آنکھ کو کھول کر زخم کا معائنہ کریں تاکہ وہ اس امر سے تشفی حاصل کر سکیں کہ کہیں عنبیہ تو باہر نہیں نکلا عضلی وتر کو کم کرنے کے لئے اپریشن میں بھی یہ دیکھنے کی ضرورت ہوتی ہے کہ آیا آنکھ اپنی طبعی حالت اختیار کر چکی ہے یا نہیں۔ اگر زخم کی حالت درست ہو تو پھر ۴۸ گھنٹہ تک اس کے بعد پٹی کو لگا رہنے دیتے ہیں۔ بعض ماہرین اس کے بعد بھی ہر روز آنکھ کو دیکھنا چاہتے ہیں۔ اگر کافی احتیاط کا لحاظ رکھا جائے تو اس میں کوئی حرج نہیں ہے۔

اپریشن کے بعد کا علاج ۔ اپریشن کے بعد ہم کو اپنی پوری توجہ اس طرف مبذول کرنا چاہئے کہ زخم اچھی طرح بند ہو کر مندمل ہو جائے۔ اندمال زخم میں جو امور مانع ہوں اُن کا ازالہ کرتے رہیں۔ اسی لئے اپریشن کے بعد پٹی باندھ دیتے ہیں۔ تاکہ آنکھ کی حرکات بند ہو جائیں ۔ ہر بڑے اپریشن کے بعد دوسری آنکھ کو بھی دو تین روز کے لئے بند کر دیا جائے مریض کو تاکید کر دیں کہ کسی قسم کا جسمانی زور نہ لگائے۔ کیونکہ اسکی وجہ سے توترعین بڑھ جاتا ہے جس کی وجہ سے تازہ مندمل شدہ زخم پھر کھل سکتے ہیں۔ اسی لئے موتیا بند اور قطع عنبیہ کے اپریشن کے بعد مریض کو دو روز تک بستر پر چت لٹا دینا چاہئے، دو روز کے بعد مریض آرام کرسی پر لیٹ سکتا ہے۔ پہلے چند روز نرم غذا دیں تاکہ مریض کو چبانا نہ پڑے شراب پینے والے بوڑھے لوگوں میں عام طور پر ہذیان اور نیم بیہوشی کی حالت طاری ہوتی ہے۔ بالخصوص اُسوقت جبکہ اُن کی دونوں آنکھیں بند ہوں۔ اگر یہ کیفیت طاری ہو تو تندرست آنکھ کو فوراً کھول دینا چاہئے، کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ بستر پر سے مریض کے علٰحدہ ہو جانے سے یہ ہذیان رفع ہو جاتا ہے۔ اور مریض کو اُس کے مکان بھیجدینے سے بھی جاتا رہتا ہے۔ شراب پینے والوں کی شراب اپریشن کے بعد ہرگز نہ بند کی جائے۔ ایٹروپین روک دیں، ہایوسین ۱/۲ ملی گرام یا کلورل ہائیڈریٹ ۱۰ گرین کی خوراک میں دو مرتبہ دیں۔ کوڈائین فاسفاس ۱/۲ گرین دیں۔

بوڑھے مریض جن کو عام کمزوری اور ضعف لاحق ہو اگر اپریشن کے بعد چند روز تک چت لیٹے رہیں تو تنفسی احتقان دموی اُن کے پھیپھڑوں میں پیدا ہو جاتا ہے جس کی وجہ سے موت وارد ہو سکتی ہے۔ لہذا ایسے مریضوں کو جلد اُٹھنے کی اجازت دیدینا چاہئے اگر ضرورت محسوس ہو تو اپریشن کے بعد ہی ایسا کیا جائے۔

بعض ایسے حوادث بھی پیش آتے ہیں جن کی وجہ سے اندمال میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے، چونکہ ان حوادث کا

ہم کو پہلے سے علم نہیں ہوتا اس لئے بہتر ہے کہ ایک ساتھ دونوں آنکھوں کا اپریشن نہ کریں۔ صرف ایک آنکھ پر اپریشن کرکے ہم تجربات حاصل کرسکتے ہیں اور دوسری آنکھ کے حوادث کے لئے تیار ہو جاتے ہیں۔

زخموں کا طبعی اندمال۔ اگر مناسب تدابیر اختیار کی جائیں تو زخم کا اندمال حسب ذیل طریقہ پر ہوتا ہے۔

اپریشن کے بعد زخم کے دونوں لب فوراً ایک دوسرے سے مل جاتے ہیں۔ اور خزانہ مقدم از سرنو قائم ہو جاتا ہے۔ مگر بعض اوقات زخم کے لبوں کا آپس میں جڑنا خزانہ مقدم کے اندر جمع شدہ رطوبت مائی کے دباؤ کو برداشت نہیں کرسکتا اس لئے پہلے روز یہ زخم ایک یا دو مرتبہ کھل کر اس کے بعد اپنے اندر سے باہر نکلنے کا موقع دیتا ہے اس کے بعد مستقل طور پر زخم کے لب بند ہو جاتے ہیں۔ گویا کہ ایسی صورت میں زخم بالواسطہ طریقہ پر جڑتا ہے۔ اور دونوں لبوں کے درمیان یعنی ندبی ساخت کی ایک تہ بنتی ہے۔ اگر یہ شگاف قرنیہ میں ہو تو خاکستری لکیر ہمیشہ نظر آتی ہے۔ اور ملتحمہ کے سفیدی مائل ہونے کی وجہ سے اس کے اندر کی یعنی ندبی ساخت بالکل نظر نہیں آتی۔ یہ یعنی ندبی ساخت مضبوط ہونے میں کافی وقت لیتی ہے۔ جب تک یہ اسقدر سخت نہ ہو جائے کہ آنکھ کے بیرونی ضربات و صدمات سے محفوظ ہو اسوقت تک مریض کو کوئی ورزش نہ کرنا چاہئے۔ اور نہ آنکھ پر کسی قسم کا دباؤ پڑنا چاہئے۔

غیر طبعی اندمال۔ (۱) بے قاعدہ اندمال۔ زخم کے جڑنے میں دیر لگے۔ عموماً ایسا ہوتا ہے کہ زخم کے مندمل ہونے کے بعد بیرونی ضرب مثلاً آنکھ پر دباؤ ڈالنے، کھانسنے، چھینک آنے، یکایک سوتے ہوئے انقباض پیدا ہونے سے بھی زخم کھل جاتا ہے۔ اس طرح زخم کے پھٹ جانے سے خزانہ مقدم میں نزف الدم ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ عنبیہ بھی زخم کے اندر آجائے، اور وہاں پر پھنس جائے یا التہاب عنبیہ وجسم ہدبی شروع ہو جائے۔

زخم کا اندمال اسوجہ سے بھی دیر میں ہوتا ہے کہ اس کے دونوں لب ایک دوسرے سے بلا واسطہ چپکے ہوئے نہیں ہوتے۔ بلکہ تازہ یعنی ندبی ساخت دونوں کے درمیان موجود ہوتی ہے یہ حالت بالخصوص اسوقت پیدا ہوتی ہے جبکہ زخم کے لبوں کے درمیان عنبیہ آکر پھنس جاتا ہے یا غلاف عدسی یا ملتحمہ اس کی جگہ لے لیتا ہے۔

توترمین کی زیادتی کی وجہ سے بھی زخم کے دونوں لب کھلے رہتے ہیں۔ اور ان کے درمیان یعنی ندبی ساخت آجاتی ہے ان حالات میں یہ یعنی ندبی ساخت مضبوط نہیں بنتی بلکہ بسا اوقات اس کا کچھ حصہ باہر نکلا رہتا ہے۔ جس میں سے رطوبت مائی رستی رہتی ہے اور ملتحمہ کے نیچے ہو کر تہیج پیدا کرتی ہے۔

جب یعنی مذبی ساخت مضبوط نہ ہو تو باہر کی طرف کو پھول جاتی ہے جس کی وجہ سے اس کے جوار میں قرنیہ کے اندر بے قاعدگی پیدا ہو جاتی ہے یعنی اپریشن کی وجہ سے سدادبصر بہت زیادہ پیدا ہوتا ہے۔ اور بینائی باعتبار پہلے کے خراب ہو جاتی ہے۔ اس کے بعد ان مقامات کی وجہ سے التہاب یا تو ترمین پیدا ہو سکتا ہے۔

زخم کے نامکمل بند ہونے یا ثانوی طور پر اس کے پھٹنے کی وجہ سے رطوبت مائی کا اخراج ہوتا ہے اور اس کے ساتھ کبھی مشیمیہ کے اکھڑ جانے سے خزانہ مقدم عرصہ تک غائب رہتا ہے۔

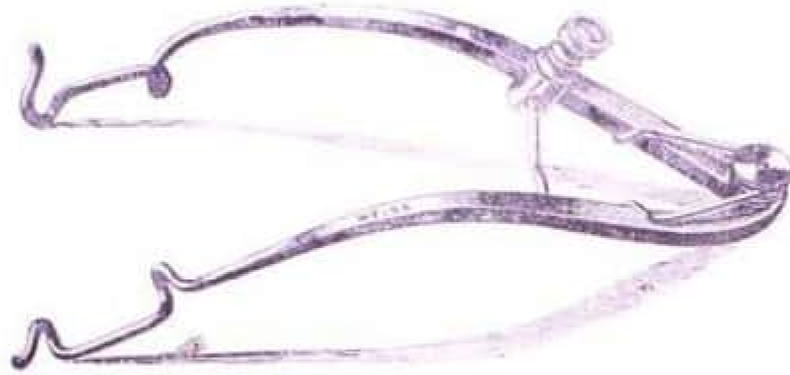
(۲) زخم کے اندر صدیدی عددی کی شمولیت۔ زخم کے اندر تقیح۔ اپریشن کے ایک یا دو روز کے بعد شروع ہوتا ہے کبھی اس سے پہلے بھی دیکھا گیا ہے۔ اگر جراثیم زخم کے اندر پہونچ گئے ہوں تو التہابی زخم کے لبوں میں زردی مائل ارتشاح موجود ہوتا ہے۔ اور اگر جراثیم اس سے بھی زیادہ اندر پہونچ گئے ہوں تو خزانہ مقدم میں قیحی ارتشاح پیدا ہو جاتا ہے۔ زجاجیہ کے اندر بھی یہی حالت پیدا ہو سکتی ہے۔ یہ کلیہ قاعدہ ہے کہ اس حالت میں آنکھ ضائع ہو جاتی ہے۔ اور قرنیہ میں نکروزی حالت لاحق ہو کر وہ الگ ہو جاتا ہے یا شدید کون التہاب جسم ہدبی وعنبی لاحق ہوتا ہے۔ التہاب کل العین بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ بالآخر آنکھ مضمور ہو جاتی ہے اور سکڑ جاتی ہے اگر عددی خفیف ہو تو زخم کے لبوں کو مکواۃ حدید یا مکواۃ کہربائی سے جلا دینے کے بعد بعض اوقات آنکھ درست ہو جاتی ہے۔

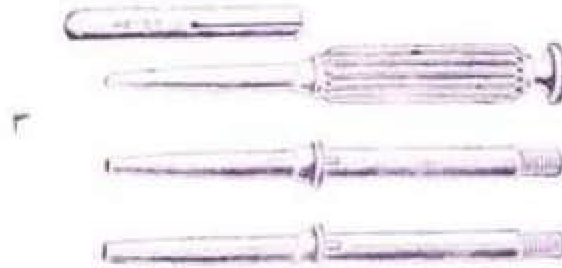
زخم کو کاربولک ایسڈ سے جلانے سے بھی فائدہ ہوتا ہے۔ اگر اس صورت میں متعدد بار آنکھ میں (خزانہ مقدم) کے اندر سوراخ کر دیا جائے اور اس کے بعد فارملین کا محلول یا کوئی اور دافع عفونت محلول خزانہ مقدم میں ڈالا جائے تو اس سے بھی فائدہ ہوتا ہے۔ زیر جلد ویکسینی تلقیحات بالخصوص خناق وبائی کی مصل ضدسمین کی تلقیح سے فائدہ پہونچتا ہے۔

تقیح موتیابند کے اپریشن کے بعد ہوتا ہے۔ زمانہ سابق میں اس تقیح کی وجہ سے بہت لوگ اندھے ہو جاتے تھے اس کو روکنے کی بہترین ترکیب یہ ہے کہ تطہیر کے اصول کی سخت پابندی کی جائے۔

طریق ہدبی وشیمی کا غیر قیحی التہاب۔ التہاب عنبیہ، التہاب عنبیہ وجسم ہدبی، آنکھ کے اندر شگاف دینے والے، اپریشن کے بعد پیدا ہوتا ہے۔ عام طور پر التہاب عنبیہ خفیف ہوتا ہے، جس سے سوا رچند موخر الصاقات کے اور کوئی تکلیف نہیں پیدا ہوتی۔ مگر شدید التہاب کی صورت میں حدقہ عین بالکل بند ہو جاتا ہے۔ جس کی وجہ سے یا تو









١ مفتاح العین (ماہر کلارک کا) ۔
٢ قناۃ دمعی فراخ کرنے کی سلائی ۔
٣ ماہر سٹاتی " سٹفن " کا آلہ تثقب ، جس میں تین چھوٹے بڑے گول سوراخ بنانے والے آلے ایک دستہ میں لگاکر دکھائے گئے ہیں ۔
٤ ماہر الیٹ کا آلہ تثقب ۔

دوسری مرتبہ اپریشن کرنے کی ضرورت ہوتی ہے یا ایسا اندھاپن لاحق ہوتا ہے جس کا کوئی علاج نہیں۔ اس کے ساتھ ضمور عینی بھی لاحق ہوتا ہے اور اس صورت میں دوسری آنکھ میں شرکی التہاب پیدا ہو سکتا ہے۔

معمولی اور خفیف تعدی سے التہاب عنبیہ خفیف طور پر لاحق ہوتا ہے، اس کے علاوہ ضربی التہاب بھی لاحق ہوتا ہے جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ عنبیہ کو پکڑ کر کھینچنے سے یا عدسہ کے کچھ اجزاء کے باقی رہ جانے کی وجہ سے عنبیہ میں آلی یا کیمیاوی خراش پیدا ہوتی ہے۔

شدید التہاب۔ عدوی کی وجہ سے ہوتا ہے یا مزمن التہاب میں از سر نو تیزی اور شدت پیدا ہو جاتی ہے۔ جیسا کہ اُن آنکھوں پر اپریشن کرنے سے ہوا کرتا ہے جن کے اندر پہلے کسی وقت میں التہاب عنبیہ و جسم ہدبی رہ چکا ہو۔

قرنیہ کے اندر لکیر دار سحابی کیفیت۔ اگر محدب عدسہ کے ذریعہ ملتہب قرنیہ کا معائنہ کیا جائے تو اس کے اندر اکثر خاکستری لکیریں دکھائی دیتی ہیں جو کہ چھوٹی اور بے قاعدہ ہوتی ہیں۔ اور مختلف اطراف میں جاتی ہوئی نظر آتی ہیں، بعض اوقات قرنیہ کے اندر متوازی لکیریں بھی نظر آتی ہیں، خصوصاً جبکہ التہاب خلفی زیادہ گہرائی میں ہو تو اس کے اندر یہ لکیریں سفیدی سے گذر کر قرنیہ کے مرکز کی طرف جاتی ہوئی نظر آتی ہیں۔

عموماً یہ لکیریں قرنیہ کے چنٹ دار ہونے کی وجہ سے پیدا ہوتی ہیں۔ اور قرنیہ میں شگاف کے بعد پیدا ہوا کرتی ہیں موتیابند کے اپریشن کے ۴۸ گھنٹے کے بعد خاص طور پر یہ لکیریں پیدا ہوتی ہیں جو کہ شگاف کے مقام سے شروع ہو کر قرنیہ کے دوسرے کنارے تک پہونچ سکتی ہیں۔ یہ لکیریں اُن حالتوں میں زیادہ نمایاں ہوتی ہیں، جن میں کہ عدسہ زیادہ مشکل سے نکلتا ہے، یا جن میں شگاف کے لب کسی قدر مضروب ہو جاتے ہیں، مگر یہ پہلے ۸ روز کے اندر غائب ہو جاتی ہیں۔ اگر بہت زیادہ نمایاں ہوں تو ان کے غائب ہونے میں چند ہفتے لگتے ہیں۔

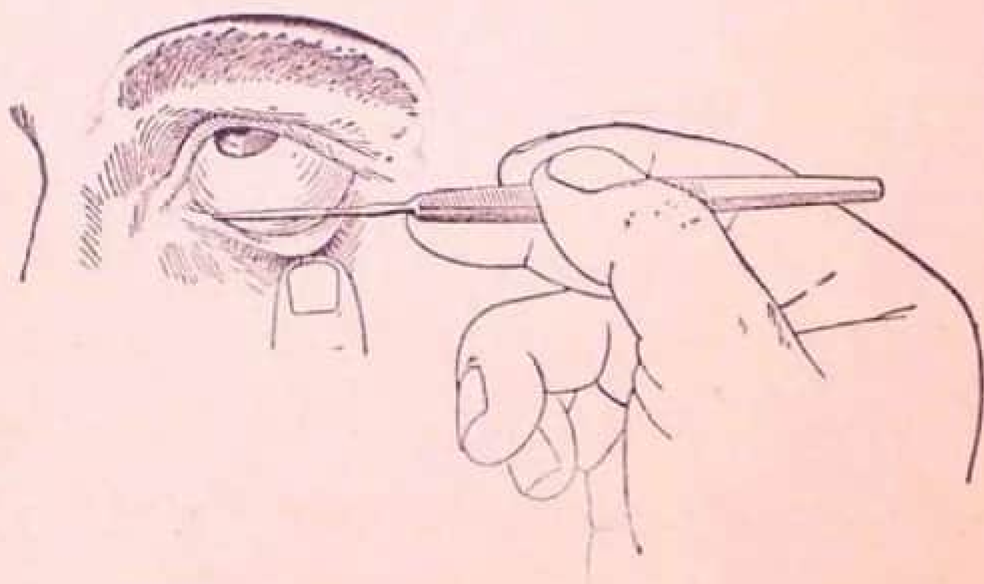
اس سحابی حالت سے کوئی محرش اثر نہیں پیدا ہوتا اور نہ اس کی وجہ سے زخم کے اندمال میں کوئی خرابی لاحق ہوتی ہے یعنی اس مقام پر کسی قسم کا التہاب نہیں ہوتا۔ تشریحی حیثیت سے ہم کو معلوم ہو چکا ہے کہ ان مقامات پر خلوی ارتشاح بالکل نہیں پایا جاتا، مگر یہاں کے لمفاوی عروق پھیل جاتے ہیں۔ گویا کہ یہ لکیریں ان ہی عروق کے پھیلنے کی حالت ہیں، ان عروق کے اندر رطوبت موجود ہوتی ہے، غشاء باؤمینی کے اندر چنٹ پیدا ہونے سے بھی یہ پیدا ہو جاتی ہیں۔

قرنیہ کے کنارے پر شگاف کی وجہ سے ایک طرف اس کا تناؤ کم ہو جاتا ہے اور دوسری طرف ویسا ہی قائم رہتا ہے گویا کہ یہ حالت قرنیہ کی موخر سطح پر پیدا ہوتی ہے۔

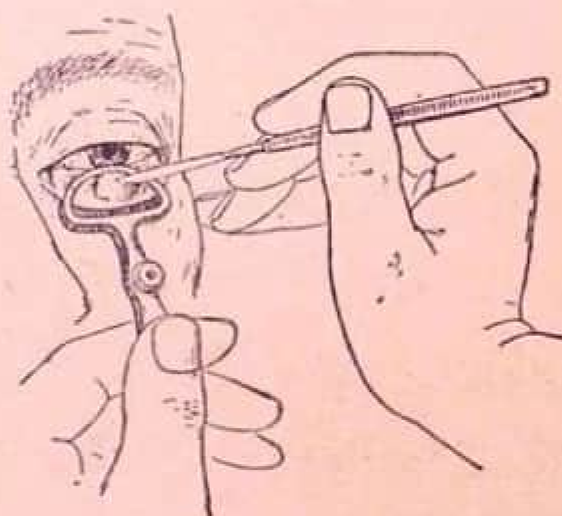
اجفان کے اعمال جراحیہ

— اپریشن کے وقت اجفان کو قائم کرنا۔ (Fixation of lids) اجفان کے بیشتر اعمال جراحیہ میں اجفان اور مقلہ عین کے درمیان میں کسی ایسی چیز کا رکھنا ضروری ہوتا ہے جس پر ہم جفن کو چاقو سے کاٹ سکیں، اس کے واسطے آجکل ہڈی یا کسی اور شئے کا بنا ہوا ایک چوڑا پتر رکھتے ہیں، اس کو مقلہ عین اور جفن کے درمیان رکھ دیتے ہیں۔ اس کے علاوہ دھات کا بنا ہوا جفن کو پکڑنے والا ایک آلہ بھی استعمال کرتے ہیں، جس کے ایک طرف دھات کی پلیٹ ہوتی ہے اور دوسری طرف اسی پلیٹ کے ساتھ ملا ہوا دھات کا حلقہ ہوتا ہے جفن کے نیچے اس پلیٹ کو رکھ دیتے ہیں۔ جفن کے اوپر یہ حلقہ آجاتا ہے، اب اسی حالت میں ایک پیچ کے ذریعہ جو اسی آلہ میں لگا ہوتا ہے اس کو اپنی جگہہ پر مضبوط طریقہ پر کس دیتے ہیں جس کی وجہ سے اس حلقہ اور پلیٹ کے درمیان جفن جکڑی رہتی ہے اس آلہ کو پیچ کے ذریعہ کسنے سے ایک اور فائدہ یہ بھی ہوتا ہے کہ اپریشن کے دوران میں جفن سے نزف الدم میں رکاوٹ ہوتی ہے۔

جفن کو دو پرتوں میں تقسیم کرنا۔ (Splitting the lids) بعض وقت اپریشن میں جفن کو دو پرتوں میں تقسیم کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ سامنے کے پرت میں جلد اور مژگان کے بال ہوتے ہیں، اور پچھلے پرت میں غضروف جفنی اور ملتحمہ پہلے جفن کے نیچے ہڈی کا پتر رکھکر اس کو قائم کر دیتے ہیں یا انگوٹھے اور انگلی کے درمیان پکڑے رہتے ہیں۔ ایسی صورت میں بھی دباؤ کی وجہ سے نزف الدم نہیں ہوتا۔ اس کے بعد ایک چاقو یا مثلث نشتر کو جفن کے کنارے "پر غدد مائی بومین" اور بالوں کے درمیان پائی جانے والی خاکستری لکیر کے مقام پر داخل کرتے ہیں یعنی جفنی کنارے کے بیچ میں شگاف دیا جاتا ہے۔ بہتر ہے کہ ایک ہی مرتبہ شگاف کو پورا کر دینے کے بجائے بار بار نشتر کو اندر داخل کر کے شگاف کو پورا کیا جائے، اس شگاف کو ختم کرنے کے بعد عضلہ محیط جفنی اور غضروف



زیریں قناۃ دمعی کو شگاف دے کر کھولنا



شعیرۃ الجفن کے شگاف دینے کا طریقہ

کے درمیان کی نسیج میں پہنچکر شگاف دینا آسان ہوتا ہے۔ کیونکہ یہ ساخت نرم ہوتی ہے۔

جفن کے اندر سے کسی بڑھی ہوئی ساخت کا نکالنا۔ (Operation for chalazion)

شعیرۃ الجفن ۔ جفن کے اندر پروکین یا نووکین کی تنفیح کے چند منٹ کے بعد جفن کو پلٹ لیں اور نوک دار چاقو سے ملتحمہ کے اندر سے اس شعیرہ کے غلاف میں شگاف دیں، ایسا کرنے سے اس کے اندر کا سیال حصہ نکل جائیگا۔ اب کھرچنے والا چھوٹا ملعقہ اس کے اندر ڈال کر چاروں طرف سے اس کی ساخت کو کھرچ کر نکال دیں۔ اس عمل کے بعد بھی یہ ابھار پوری طرح غائب نہیں ہوتا۔ یہ خیال رہے کہ ان اجزاء کو اگر پوری طرح کھرچ کر نہ نکال دیا جائے تو دوبارہ وہی حالت پیدا ہوجاتی ہے۔ اگر اس کے غلاف کو پوری طرح کھرچ کر صاف کردیں تو اس کی خلا میں وقتی طور پر خون اور سائل دموی بھر جاتا ہے، مگر چند روز کے اندر یہ جذب ہوجاتا ہے۔ اپریشن کے بعد پٹی باندھ دیں، دوسرے روز پٹی کھول دی جائے بعض ماہرین اس کی تھیلی کو بالکل نکال دیتے ہیں۔ جفن کو اُلٹ کر اپریشن کرنے کے بجائے اگر کسی حلقہ دار جفنت (Clamp) کے اندر اسکو پکڑ کر اپریشن کیا جائے تو زیادہ بہتر ہے۔

اس تھیلی کو نکالنے کے لئے بالائی جفن میں بہتر ہے کہ جلد میں شگاف دیں اور پھر اسکو غضروف جفنی میں سے نکال دیں۔ اس طرح غضروف جفنی اور ملتحمہ میں ایک سوراخ ہوجاتا ہے۔ شعیرۃ الجفن بالخصوص زیرین جفن کا شعیرہ غضروفی سطح پر ایک شگاف دیکر مفید طور پر نکالا جا سکتا ہے۔ اس کی پوری بیخ کنی کی اس وقت ضرورت ہوتی ہے جبکہ یہ بہت بڑا ہو اور غلاف دبیز ہو۔

جفنی سلعات کا نکالنا۔ (Removal of lidstumors)

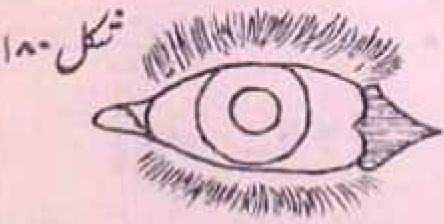
عروقی سلعات کو برقی رو سے جلانا بہتر ہوتا ہے۔ کہربائی مسلسل رو کے مثبت قطب کو (جو کہ دھات کا ایک پتر ہوتا ہے) کنپٹی پر رکھیں، اور منفی قطب کو (جو ایک سوئی دوسرے تار کے آگے مناسب تدابیر کے ساتھ ملحق ہوتی ہے) سلعہ کے اندر داخل کرکے بجلی کی رو کو آزاد کریں۔ سوئی کے ساتھ باہر کو بلبلے اُٹھنے شروع ہوجائیں گے، اسوقت رو کو بند کرکے سوئی کو نکال لیں اور اسی طرح دوسرے مقام پر سوئی کو داخل کرکے بجلی کی رو کو پھر آزاد کریں، علیٰ ہذالقیاس پورے سلعہ کے اندر یہ عمل انجام دیں۔

کہربائی رو کی وجہ سے نسیجوں کے خراب ہونے اور اسی عمل کی وجہ سے سیال کی پیدائش کی بناء پر عروق کے

اندر مواد منجمد ہوجاتا ہے جس کی وجہ سے عروق مسدود ہوجاتے ہیں۔ اس عمل کو کئی مرتبہ انجام دینے سے پورا سلعہ بالکل برباد ہوکر الگ ہوجاتا ہے۔ اس کے علاوہ سلعات کو جرحی عمومی اصول کے ماتحت نکال بھی دیتے ہیں۔ مگر اس میں جہاں تک ممکن ہو سلعہ کی پوری ساخت کو نکال دیں اور یہ بھی احتیاط رکھیں کہ اگر کیس کو نکالنا مقصود ہو تو اس میں شگاف نہ دیں، بلکہ پوری کیس کو نکال دیں۔ حتی الامکان جفنی کنارے کو نہ کاٹیں اور جہاں تک ہوسکے، جفنی جلد کو بھی بچائیں۔ سلعات خبثیہ کے نکالنے میں سلعہ کے محسوس ہونے والے کنارے سے کم از کم ایک سینٹی میٹر باہر شگاف دیکر کاٹیں، اور سلعہ کے قاعدہ کو کاٹ کر مکواۃ حدیدیہ سے جلادیں۔ اس کے بعد اس مقام کو ریڈیم سے تشعیر کریں۔ اگر جفن کو اس حد تک قربان کرنا ضروری ہو کہ اسکے بعد مقلہ میں ننگا رہ جائے تو اس مقام پر دوسرے مقام سے جلد لے کر مصنوعی طور پر جفن بنادیں۔ مجبوری کی حالت میں سلعہ کو نکالنے کے بعد فوراً ہی اس عمل کو انجام دیتے ہیں۔ مگر بہتر یہ ہے کہ خبثیہ سلعات میں اس عمل کو ٹھہر کر انجام دیا جائے (یعنی چند ماہ کے وقفہ کے بعد) اگر سلعہ بہت بڑھ گیا ہو تو اس کے واسطے بعض اوقات آنکھ اور تمام محجری انسجہ کو نکالنا پڑتا ہے اور اس میں کوئی حرج نہیں۔

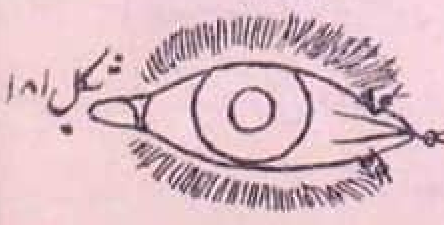
آنکھ کے کوئے کا کاٹنا اور مصنوعی طور پر بنانا۔ (Canthoplasty) (Canthotomy)

ان اعمال جرحیہ کا مقصد یہ ہے کہ آنکھ زیادہ کھل سکے۔ انگلیوں سے دونوں جفنوں کو جسقدر زیادہ کھل سکیں کھول کر ناک کی طرف کھینچیں تاکہ بیرونی جقیم خوب تن جائے اور قینچی کا کند نوک الاہل جہاں تک ممکن ہو اجفان کے اندر پیچھے کوئے جائیں، قینچی کی وضع افقی ہو اور قینچی کے درمیان جو حصہ ہے اس کو افقی طور پر کاٹ دیں۔



شکل ۱۸۰

اب اگر اجفان کو اور زیادہ کھولا جائے تو ایک رقبہ زخم کا نظر آویگا جس کی شبیہ معین یعنی چار ضلع والی شکل کے مشابہ ہوگی۔ باہر کی طرف اس زخم کے دو جلدی اور اندر کی طرف دو ملتحمی سرے ہوتے ہیں۔ اب جقیمی رباط کو کاٹ دیں۔ ان کو کاٹنے کے لئے زخم کے ملتحمی کنارے کو پکڑ کر کھینچیں یہاں تک کہ اس کھنچاؤ میں رباط رکاوٹ پیدا کریں۔



شکل ۱۸۱

اسوقت قینچی کو زخم میں پھر داخل کریں اور رباط کو محسوس کر کے قینچی کو صرف اسقدر کھولیں کہ اس کے درمیان پورباط آجائیں قینچی کے درمیان ان کو لے کر کاٹ دیں۔ اس عمل جرحی کو شق جقیمی (Canthotomy) کہتے ہیں۔

۱

ب   الف



۲

الف

ب



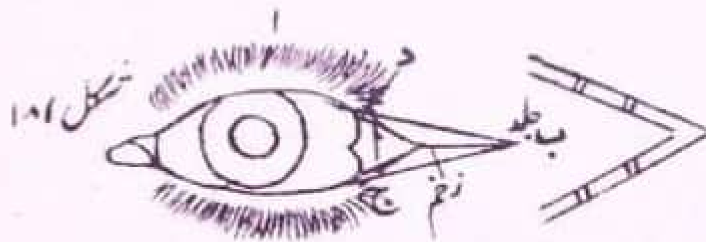
۳



۱—(الف) عمل ترقیع جلدی و علاج کے بعد —
(ب) جلنے کی وجہ سے بائیں آنکھ کی سطحی نسیجیں برباد ہوگئی ہیں —
۲—(الف) قناۃ دمعی کو فراخ کرنے کے لئے سلائی کو ڈالنے کا طریقہ —
(ب) قناۃ دمعی کو شگاف دینے کا طریقہ —
۳—آنکھ کے اندر سے لوہے کے ٹکڑے نکالنے کے لئے مقناطیس کے استعمال کا طریقہ —

اگر ہم چاہیں کہ مستقل طور پر آنکھ کا کوُیہ بڑا ہو جائے تو ہم کو چاہیئے کہ اس زخم کی سطح کو کسی ایسی غشا رے ڈھانپ دیں کہ اس کے دونوں کنارے آپس میں پھر نہ جڑ سکیں۔ اس عمل کو ترقیع جفنی (Canthoplasty) کہتے ہیں۔

اس عمل کے طریقہ کی توضیح ذیل میں کی جاتی ہے۔



(ا) شق جفنی کا خاکہ مزید وضاحت کیلئے۔ (ب) ٹانکے لگائے گئے ہیں

تصویر نمبر ا میں زخم کی سطح لکیروں کے درمیان سفید دکھائی گئی ہے۔ ملتحمہ کی چوٹی (الف) کو جلد کی چوٹی (ب) کے ساتھ ملا کر ٹانکہ لگا دینے سے (ج ب) کے نزدیک اوپر اور (ج ب) کے نزدیک نیچے ملتحمہ کی سطح آجاتی ہے۔ اب اوپر اور نیچے ملتحمہ اور جلد کو یکجا کر کے ایک ٹانکہ اور لگا دیں۔

تصویر نمبر ب میں ٹانکے لگا کر دکھائے گئے ہیں۔ شق جفنی کی ضرورت ذیل کے حالات میں ہوتی ہے۔

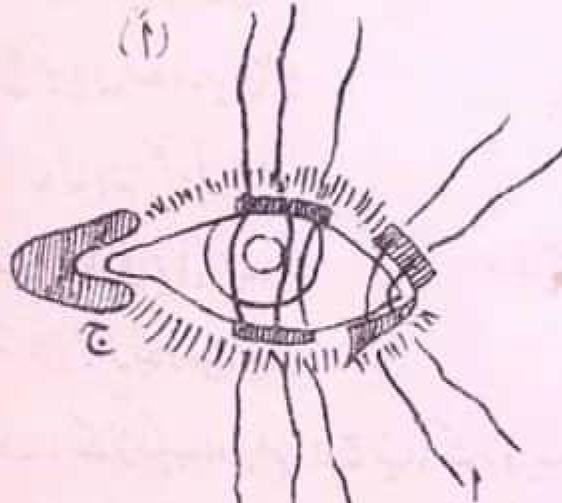
(۱) فتحۃ العین بہت چھوٹا ہو (Blepharophimosis) اور التصاق اشفار الاجفان (Ankyloblepharon) کی حالت موجود ہو۔ ان صورتوں میں چونکہ اپریشن کے بعد مستقل طور پر اس کے اثر کی ضرورت ہوتی ہے اس لئے ترقیع جفنی (مصنوعی کویا بنانے کی) ضرورت پڑتی ہے۔

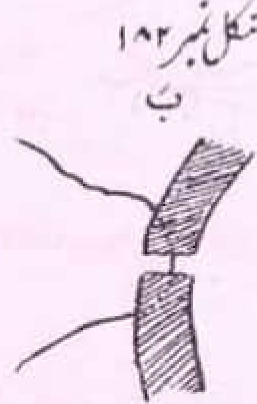
(۲) شدید انقباض جفن (Blepharospasm) بالخصوص جبکہ اس کی وجہ سے انقباضی التواء جفن (Spastic entropion) پیدا ہو، ایسی صورت میں کوئے کو صرف کاٹ دینا ہی کافی ہوتا ہے۔ اس اپریشن کی کامیابی اس صرف یہی نہیں کہ فتحۃ العین بڑا ہو جاتا ہے۔ بلکہ عضلہ محیط جفنی کے الیاف کے کٹ جانے کی وجہ سے فائدہ ہوتا ہے اسلئے اگر انقباضی التواء جفن کے ساتھ فتحۃ العین تنگ ہو جائے تو بھی اس عمل کو انجام دینا چاہیئے۔

(۳) سوزاکی التہاب ملتحمہ جس میں اجفان بہت زیادہ متورم ہوں، اور اجفان کے ورم کی وجہ سے مقلتین پر زیادہ دباؤ پڑے تو اس صورت میں صرف کوئے کا کاٹنا کافی ہوتا ہے۔

(۴) یہ عمل اسوقت بھی ضروری ہوتا ہے جبکہ بہت بڑے مقلتین یا کسی سلعہ کو نکالنا ہو۔

خیاطت جفنی - (Torsorraphy) اس عمل میں فتحۃ العین کو چھوٹا کرنے کی غرض سے اجفان کو ایک دوسرے کے ساتھ ملا کر سی دیتے ہیں - لہٰذا اس عمل کو شق جفنی عمل کے بالکل متضاد سمجھنا چاہیئے ، اجفان کو اُن کے اندرونی یا بیرونی کناروں پر اور درمیان میں بھی سی سکتے ہیں - ان کے سینے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ ۵ سے ۱۰ ملی میٹر تک اجفان کا مرکزی حصہ سی دیا جائے - زیرین اور بالائی اجفان کے درمیانی حصے میں مژگاں سے ہٹ کر قائم الزاویہ رقبہ میں ۸ یا ۱۰ ملی میٹر تک ملتحمہ کو اجفان سے علیحدہ کرلیں اس کے بعد جفنی کناروں کی جلد کے اندر اسی مقام پر تین ٹانکے اس طرح لگادیں کہ یہ اندر کی طرف اُس مقام پر ظاہر ہوں جو کہ آنکھ کے ساتھ رگڑ نہ کھائے ، چونکہ اس مقام سے ملتحمہ کو الگ کرلیتے ہیں ، اس لئے ٹانکوں کو باندھ دینے کے بعد یہ قرنیہ کے اوپر رگڑ نہیں پیدا کرتے ۔

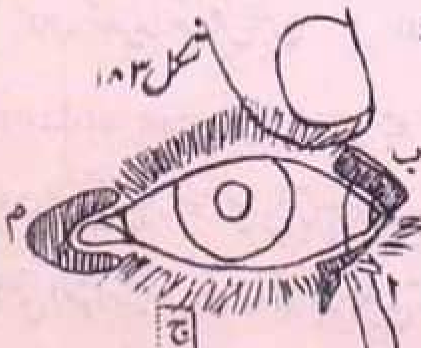




(أ) خیاطت جفن - (۱) جانبی خیاطت بطریق فکس (ب) مرکزی (ج) درمیانی

(ب) مرکزی خیاطت جفنی میں ٹانکہ لگاتا ۔

بیرونی کناروں پر اجفان کو سینا - (External torsorrhaphy) ماہر فکس ذیل کے طریقہ پر انجام دینے کی ہدایت کرتا ہے ، اجفان کو جہاں تک آپس میں ملا کر سی دینے کے بعد ملتصق کرنا ہو وہاں تک نشان لگالیں اور پھر اسی نشان تک زیرین جفن کو دو پرتوں میں منقسم کریں ۔ شگاف جفن کے پچھلے سرے کے دونوں کناروں کے درمیان کی خاکستری لکیر پر دیں ۔ اس کی اندرونی حد سے نیچے کی طرف ایک اور شگاف جلد کے اندر دیں ایسا کرنے سے زیرین جفن کا مقدم پرت ایک پرشے کی شکل اختیار کرتا ہے ، جس کے بالائی اور اندرونی دونوں کنارے آزاد ہوتے ہیں - اور زیرین و بیرونی کنارے جفنی جلد سے ملحق ہوتے ہیں - اس پرشے کے بالائی کنارے پر پچھلی طرف مژگاں کے بالوں کے حویصلات نظر آتے ہیں - اُنکو احتیاط کیساتھ کاٹ کر نکال دینا چاہیئے تاکہ بال



(۱) خیاطت جفن - زاویہ چشم پر درمیانی خیاطت زاویہ پر - اور گیلارڈ جانبی بیرونی جفن اندرونی طریق خیاطت میں توپ کی وضع زیرین جفن میں دکھائی گئی ہے -

دوبارہ نہ اوگیں۔

بالائی جفن کے پچلے کناروں کے درمیان بھی مذکورہ طریقہ پر شگاف دے کر بالوں کی جڑوں کو برہنہ کریں اور پھر اُن کو مع جلد کے کاٹ کر الگ کر دیں۔ ایسا کرنے سے جفن کے اوپر کی سطح پر ایک جگہہ بغیر جلد کے ہو جاتی ہے۔ اب ہم زیرین جفن کے مقدم حصہ کو اس طرح بالائی جفن کے اوپر لے جائیں کہ اس کا ایک حصہ بے جلد والی جگہہ کو جو بالائی جفن میں ہے ڈھانک لے تاکہ بعد میں یہ دونوں آپس میں جڑ جائیں۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ ایک تاگے کے دونوں سروں پر دو سوئیاں پروئیں اور دونوں سوئیوں کو پچلے کنارے پر اندر سے باہر کی طرف نکالیں ایسا کرنے سے تاگے کا ٹکڑا بالائی جفن کے نیچے آجائیگا۔ اب دونوں سوئیوں کو زیرین جفن کے ہٹائے ہوئے مقدم پرت کے اندر سے باہر کی طرف لاکر نکال لیں۔ اور تاگوں کو کھینچکر جلد پر باندھ دیں۔ اس طرح کرنے سے زیرین جفن کا پرت بالائی جفن کے بے جلد کے برہنہ مقام پر آجائیگا۔ اور ٹانکوں کو باندھنے سے بالائی اور زیرین جفنوں کی برہنہ سطحیں آپس میں مل جائیں گی۔ اب جلدی پردے کے بالائی سرے کو بالائی جفن کے کٹے ہوئے کنارے کے ساتھ ٹانکہ لگا کر سی دیں۔

اندرونی کناروں پر اجفان کو سینا۔ (Internal torsorrhaphy) ماہر ارلٹ (Arlt) کا طریقہ اس کے واسطے یہ ہے کہ ایک چمٹی سے پکڑ کر ایک قینچی کے ذریعہ زیرین اور بالائی اجفان کے اندرونی زاویہ کے نزدیک سے جلد کا تھوڑا حصہ کاٹ دیا جاتا ہے۔ اور پھر اس پتلے اور لمبے زخم کے اندر کی طرف اجفان کے جا ر اتصال پر دونوں لبوں کو آپس میں ملا دیا جاتا ہے۔ ان دونوں لبوں کو آپس میں خیاطت متقاطع کے ذریعہ سیتے ہیں۔ اگر ہم چاہیں کہ بالائی اور زیرین اجفان کا یہ اتصال مستحکم ہو تو بیرونی کناروں پر اجفان کو سینے کے متعلق جو طریقہ بتایا گیا ہے اُس کو کام میں لایا جائے۔

اندرونی اور بیرونی خیاطت جفنی کو ذیل کی ضروریات کے لئے اختیار کیا جاتا ہے۔

(۱) بیرونی التوار جفن (Ectropion) میں خیاطت اجفان کے یہ اعمال شیشخوخی اور استرخائی التوائ جفن میں زیادہ مناسب ہوتے ہیں بعض اوقات یعنی ندبی ساخت کے سکڑنے کی وجہ سے جو التوار جفن لاحق ہوتا ہے اس کے واسطے بھی اس کو کام میں لاتے ہیں۔

(۲) آنکھ کے نہ بند ہونے کی صورت (Lagophthalmos) میں کیونکہ اس طریقہ سے فتحۃ العین کو

چھوٹا کرنے سے آنکھ کے بند ہونے میں مدد ملتی ہے۔ جحوظ العین میں بھی اس سے ضرور مدد ملتی ہے۔

عموماً قاعدہ کے طور پر بیرونی کناروں پر اجفان کو سینے کا عمل انجام دیا جاتا ہے۔ اندرونی کناروں پر سوائے استرخائی التواء جفن کے دوسری حالتوں میں اجفان کی خیاطت نہیں کی جاتی۔ کیونکہ اس حالت میں زیرین جفن اندرونی جانب باعتبار بیرونی جانب کے زیادہ نیچے کو جھک جاتی ہے۔

وسط میں اجفان کی خیاطت۔ (Median torsorrhaphy) اس عمل کی ضرورت صرف اس وقت پیش آتی ہے جبکہ ہم اجفان کو اس طرح مہینوں یا برسوں تک رکھنا چاہیں۔ اور پھر آخر میں اُن کو علیحدہ کرنے کی ضرورت پڑے۔

اندرونی و بیرونی التواء جفن کے لئے عمل جراحی۔ التواء جفنی سے بدوضعی کے علاوہ مژگان کے بال بھی مقلہ عین کی سطح پر رگڑ کھاتے ہیں جس کی وجہ سے تکلیف ہوتی ہے اور مختلف عوارض پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس لئے اس تکلیف کو رفع کرنے کے لئے مذکورہ عمل جراحی انجام دیا جاتا ہے۔ یہ التواء جفنی انقباضی ہو سکتا ہے اور لیفی ندبی ساخت کی وجہ سے بھی پیدا ہونا ممکن ہے۔ اور اس امر کا بھی امکان ہے کہ التواء جفن کے بغیر بھی پلکوں کے بال سامنے کی طرف مقلہ عین پر رگڑ پیدا کریں۔

پلکوں کے بال نکالنا۔ (Removal of cilia) اگر صرف چند بال اندر کی طرف ایسے ہوں جو مقلہ عین پر رگڑ کھاتے ہوں اور التواء جفن بڑھنے والا نہ موجود ہو تو ان بالوں کو کہربائی رو کے ذریعہ نکال دیا جائے جس کا طریقہ یہ ہے کہ بال کی جڑ کو بجلی سے جلا دیا جاتا ہے اس وجہ سے پھر وہاں پر بال پیدا نہیں ہوتے۔

مسلسل برقی رو کے دونوں قطب اس طرح منظم کئے جاتے ہیں کہ مثبت قطب کی طرف دھات کی ایک پلیٹ ہوتی ہے اور منفی قطب کی طرف باریک مضبوط سوئی اس پلیٹ کو کنپٹی پر لگاتے ہیں اور سوئی کو بال کی جڑ میں داخل کرکے رو کو آزاد کرتے ہیں جس سے بال کی جڑ کے مقام پر سوئی کے ساتھ ملے ہوئے خفیف جھاگ اُٹھتے ہیں۔ جو دراصل ہائیڈروجن کے بلبلے ہوتے ہیں۔ اور منفی قطب پر پیدا ہوتے ہیں۔ ان کی وجہ سے ہم کو معلوم ہو جاتا ہے کہ انسجہ میں تخریب کا عمل ہو رہا ہے اس کے بعد آسانی سے بال کو پکڑ کر نکال لیتے ہیں۔

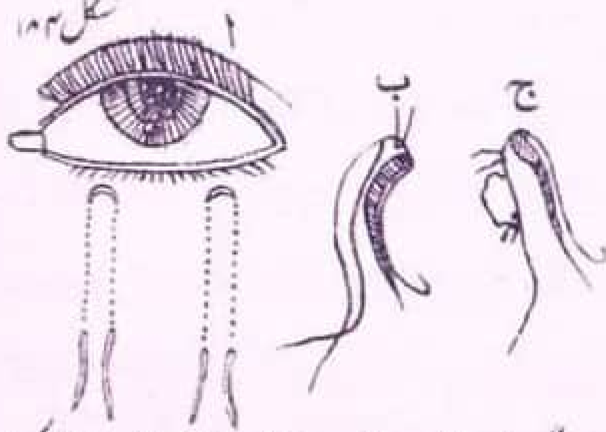
اندرونی التواء جفن کے لئے اعمال جراحیہ۔ انقباضی اندرونی التواء جفن جس کے ساتھ شعر منقلب بھی موجود ہو

انقباضی اندرونی التواء جفن — Spastic entropion with trichiasis اسوقت پیدا ہوتا ہے جبکہ اجفان کی جلد بہت ڈھیلی اور بڑی ہو۔ اسی لئے اگر ان آنکھوں کی اجفان پر سے افقی طور پر ایک جلدی ٹکڑا علیحدہ کریں تو التواء جفن غائب ہو جاتا ہے۔ اس تجربہ کی بنا پر اپریشن کے مختلف طریقے ایجاد کئے گئے ہیں، جن میں عموماً طور پر جفنی جلد سکڑ جاتی ہے، مندرجہ ذیل اعمال بہ حیثیت زیادہ رائج ہیں۔

خیاطت گیلارڈ۔

(Gaillard's suture) — ذیل میں اس خیاطت کا وہ طریقہ بیان کیا جاتا ہے جو ماہر آرلٹ کا ترمیم کردہ ہے۔

ایک تاگے میں دونوں طرف سوئی پروئیں۔ اور سوئی کو زیرین جفن کے کنارے پر بیرونی ایک تہائی کے اندرونی سرے پر داخل کریں، تصویر ب ملاحظہ ہو۔ پھر انگوٹھے کی موٹائی کے برابر دور نیچے کی طرف رخسارہ پر اُس کو نکال لیں، دوسری سوئی، پہلی سوئی سے ذرا ہٹ کر اس طرح داخل کریں کہ نیچے کی طرف پہلی مرتبہ کے برابر دور اسکو بھی نکال لیں تصویر ا ملاحظہ ہو۔ اسی طرح زیرین جفن کے اندرونی تہائی کے باہر کے سرے پر دو جگہہ مذکورہ بالا طریقہ پر داخل کر کے اُنکے تاگوں کو متوازی طور پر نیچے نکال لیں۔ اگر ان تاگوں میں سے



ماہر گیلارڈ وارلٹ کا اپریشن بیرونی التواء جفن کے لئے (ا) تاگوں کو سامنے کی طرف سے دکھایا گیا ہے (ب) عمودی قطع میں لوپ کی وضع (ج) وہی حالت لوپ کو کھینچکر بند کرتے ہیں (ب اور ج) دوگنا حجم۔

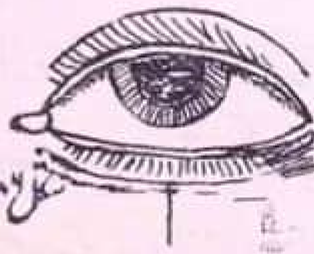
ہر ایک کے دونوں سروں کو الگ الگ کسی روئی کی گدی پر ذرا کھینچکر باندھ دیں تو زیرین جفن پر افقی طور پر جھنٹ کے پیدا ہونے سے جلد کم ہو جاتی ہے اور اس کے نتیجہ میں التواء جفن غائب ہو جاتا ہے۔

اندرونی التواء جفن کے دور کرنے کے لئے تاگے کو اسقدر کھینچکر باندھنا چاہئے کہ بیرونی التواء کسی قدر پیدا ہو جائے اور تاگوں کو اسوقت تک اندر رہنے دیں جب تک اُن کی جگہہ پر لیفی ساخت نہ بن جائے، آخر میں یہی لیفی ساخت سکڑ کر ان تاگوں کی جگہہ لے لیتی ہے۔ ماہرین کا خیال ہے کہ اس اپریشن کے باوجود بھی اندرونی التواء جفن لاحق ہوتا ہے لہذا اس اپریشن کو ایسے التواء جفن کے واسطے اختیار کریں جسکو ابھی بہت تھوڑا عرصہ گذرا ہو۔ مثلاً وہ التواء جفنی جو کہ پٹی کے باندھنے کی وجہ سے پیدا ہو۔

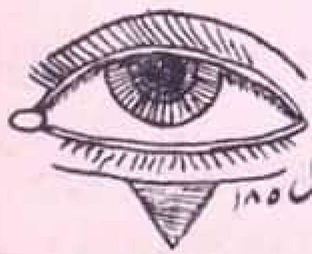
(۲) **جفنی جلد کا افقی ٹکڑا الگ کرنا**۔جفنی جلد پر سے دو انگلیوں کے درمیان ایک افقی چنٹ کو پکڑ کر اٹھالیں، اور اس کی چوڑائی کا اندازہ اس امر سے لگائیں کہ کسقدر اٹھانے سے التواء جفنی غائب ہوتا ہے۔مگر یہ خیال رہے کہ یہ اسقدر زائد نہ ہو کہ بیرونی التواء پیدا ہو جائے یا اس کے بعد آنکھ بند ہی نہ ہو سکے،

اب اس جلدی چنٹ کو قینچی سے ایک مرتبہ میں کاٹ کر الگ کر دیں۔اور جلد کے کٹے ہوئے دونوں کناروں کو ٹانکوں سے سی کر ملا دیا جائے۔ اپریشن کی کامیابی کے لئے بہتر یہ ہے کہ جفن کے کنارے کی طرف شگاف کا حصہ جفنی کنارے سے نزدیک تر ہو اس اپریشن کا نتیجہ مستقل ہوتا ہے مگر بعض اوقات جلد کے کھنچ جانے کی وجہ سے پھر اندرونی التواء جفنی پیدا ہو سکتا ہے، اس لئے اس خطرہ کو دور کرنے کے خیال سے اس سے زیادہ پیچیدہ اپریشن ماہر ہوٹز (Hotz) کا اختیار کریں۔اس سے جفنی جلد غضروفی کنارے پر قائم ہو جاتی ہے۔

(۳) **جفنی جلد کا عمودی ٹکڑا کاٹ کر الگ کرنا**۔جفنی کنارے سے ذرا نیچے ایک افقی شگاف دیں جو کہ دونوں حتیم کے نزدیک تک چلا جائے پھر اس شگاف کی درمیانی تہائی کے دونوں سروں سے نیچے کی طرف محجری کنارے تک دو شگاف ایسے دیں کہ دونوں محجری کنارے پر مل جائیں، تصویر ملاحظہ ہو۔اور ان دونوں شگافوں کے درمیان مثلث ٹکڑا جلد کا کاٹ کر الگ کر دیں۔اور پھر دونوں طرف کی جلد کو نیچے سے ڈھیلا کر کے اُن کے کناروں کو ملا کر سی دیں۔اس شگاف میں وضع عمودی ہونے کی وجہ سے یعنی ندبی ساخت بڑی بنتی ہوئی معلوم ہوتی ہے مگر اس کا نتیجہ پہلے اپریشن سے بہتر برآمد ہوتا ہے۔



شکل ۱۸۶ — زخم کے کناروں پر ٹانکے لگا دینے کے بعد کی حالت دکھائی گئی ہے۔



شکل ۱۸۵ — فان گریفہ کا اپریشن۔اندرونی التواء جفن کے واسطے۔

(۴) **مکواۃ کہربائی کے ذریعہ جفنی کنارے کے نیچے نقطوں کے طور پر جلد کے ارد گرد کی ساختوں کو جلانا**۔جفنی کنارے سے ۲ یا ۳ ملی میٹر نیچے مکواۃ کہربائی کے ذریعہ جلد اور اس کے نیچے غضروف تک کی ساختوں کو جلانے سے نتائج عمدہ مترتب ہوتے ہیں۔

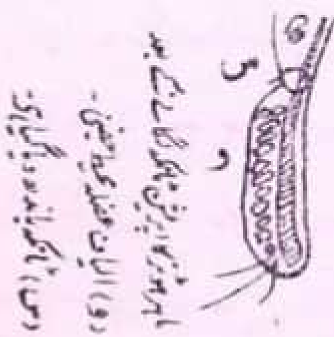
(۵) **کوئے کا کاٹنا**۔ (Canthotomy) اس کی وجہ سے جفنی انقباض رفع ہو جاتا ہے اس کے علاوہ انقباضی التواء جفنی میں بھی اس کو کام میں لاتے ہیں۔جب فتحۃ العین اجفان کے اکٹھا ہو کر بند ہونے سے چھوٹا ہو جائے تو ایسی

صورت میں بھی اس طریقہ کو اختیار کرتے ہیں بعض اوقات صرف کوئے کا کاٹنا مناسب ہوتا ہے اور کبھی اسکو کاٹ کر ملتحمہ کو جفنی جلد کے ساتھ سی دیا جاتا ہے تاکہ اس کا اثر مستقل ہو جائے۔

یعنی ندبی ساخت کی وجہ سے اندرونی التواء جفنی کے لئے اعمال جرحیہ جن میں پلکوں کے بالوں کو بھی اپنی طبعی حالت پر لے آتے ہیں۔ اس اپریشن کا مقصد پلکوں کے بالوں کو اپنی طبعی حالت پر لانا ہی خواہ رفع سبب کے ذریعہ ہو یا بالوں کی جڑوں کے حصہ کو کاٹ کر اوپر کی طرف لے آنے سے یعنی غضروف جفنی کے ٹیڑھے پن کو درست کرنے سے، اس اپریشن کے لئے مندرجہ ذیل طریقے اختیار کئے جاتے ہیں۔

ماہر ہوٹنر کا عمل جراحی۔ بالائی غضروف جفنی کے اوپر کے کنارے پر ایک طرف سے دوسری طرف تک شگاف دے کر زخم کے لبوں کو ایک دوسرے سے الگ کر لیا جائے۔ ایسا کرنے سے عضلہ محیط جفنی نظر آتا ہے۔ اس کے الیاف میں سے چند الیاف کاٹ کر الگ کر دیے جاتے ہیں۔ پھر اس کے نیچے غضروف جفنی نظر آنے لگتی ہے اگر یہ موٹی ہو تو اسکو چاقو سے چھیل چھیل کر پتلی کر دیتے ہیں۔ اس کے بعد ۳ یا ۴ ٹانکے حسب ذیل طریقہ پر لگا دیتے ہیں۔

شکل ۱۸۷



ماہر ہوٹنر کا عمل جراحی
(د) الیاف عضلہ محیط جفنی

پہلے اوپر کی جلد میں سے ٹانکہ کو گذار کر غضروف کے اوپر کے سرے میں سے نکالا جائے اس کے بعد نیچے کی جلد میں سے اندر سے باہر کی طرف ٹانکہ کو نکالکر گانٹھ لگادیں اور زخم کو بند کر دیں۔ ایسا کرنے سے جفن کا زیریں کنارا اوپر کی طرف گھوم جاتا ہے اس طرح گویا کہ ہم پلکوں کے بالوں کے مقام کو ایک ایسی جگہ پر قائم کرتے ہیں جو ہلنے والی نہیں ہوتی (غضروف کے اوپر کے کنارے کے ساتھ قائم کرتے ہیں) اور عضلہ محیط جفنی کو اس لئے کاٹتے ہیں کہ یہ جفن کو پچھلی طرف موڑنے میں رکاوٹ نہ پیدا کرے۔
زیریں جفن کے اپریشن کا طریقہ بھی یہی ہے مگر اس میں جلدی شگاف جفنی کنارے سے زیادہ نزدیک ہونا چاہیئے۔

شکل ۱۸۸


ماہر اوٹنگن کا اپریشن
(دوگنا بڑا)

ماہر اوٹنگن (Oettingen) کا اپریشن کرنے میں جفنی زیریں سرے کے دونوں کناروں کے درمیان شگاف اس طرح دیا جاتا ہے کہ شگاف کے اندر سے غضروف جفنی کے اوپر کے کنارے تک جلد الگ کر دی جاتی ہے تاکہ جفنی جلد جو غضروف کو ڈھکتی ہے پوری طرح اوپر کو ہٹائی جاسکے، اب اس

جلدی پردے کے نچلے سرے کو جس پر بال ہوتے ہیں غضروف کے اوپر کے کنارے پر سی دیا جاتا ہے اس طرح جفن کے نچلے کنارے پر بہت بڑا زخم بن جاتا ہے جو دراصل غضروف کی مقدم سطح ہے۔ اس کو ڈھانکنے کے لئے ہونٹ کی غشاء مخاطی لے کر لگا دینا مناسب ہے۔ اپریشن کا یہ طریقہ اسوقت اختیار کیا جائے جبکہ پلکوں کے بال بے قاعدہ طور پر اوپر نیچے ہوں۔

سنےلین کا اپریشن اور اُسکا ترمیم کردہ طریقہ۔ سنےلین کا اپریشن یہ ہے کہ جفن پر اس کے کنارے سے ذراہٹ کر اس طرف سے اُس طرف تک ایک شگاف دیا جائے اور دوسرا شگاف اوپر کی طرف دیا جائے جس کے دونوں سرے پہلے شگاف کے دونوں سروں کے ملاقی ہوں۔ ان دونوں کی بیچ کی جلد کاٹ کر الگ کر دی جائے اس کا اوپر کا کنارہ کر دی ہو۔ اس کے بعد غضروف جفنی میں سے پچر نما (کونی شکل کا) ایک ٹکڑا کاٹ کر الگ کر دیں، اور ٹانکے لگا دیئے جائیں۔

ترمیم۔ جفنی کنارے کے متوازی اور اُس کے ۲ یا ۳ ملی میٹر اوپر پوری جفن میں افقی طور پر ایک شگاف اس طرف سے اُس طرف تک دیا جائے، پھر اس شگاف کے نیچے سے جفنی کنارے تک جلد کو الگ کر لیں۔ اور اوپر کی طرف بھی بالائی غضروفی کنارے تک الگ کریں۔ اس کے بعد ایک دوسرا شگاف جو پہلے شگاف کے برابر لمبا ہو غضروف اور ملتحمہ پر ایک سرے سے دوسرے سرے تک دیا جائے اب نچلا حصہ غضروف کا جلد اور ملتحمہ سے بالکل آزاد ہو جاتا ہے۔ لہذا جسقدر چاہیں ٹانکوں کے ذریعہ پلکوں کے بالوں کو سامنے کی طرف لا سکتے ہیں۔ مگر ٹانکہ لگانے میں ضروری ہے کہ اوپر کی طرف سے غضروفی کنارے میں سے گذارے جائیں پھر غضروفی مجری صفاق اور دوسرے آزاد سرے کی جلد سے ذراہٹ کر جفن کے دونوں کناروں کے درمیان ایک موتی کے اوپر اُن کو باندھ دیا جائے۔ اس اپریشن کے بعد پھر شکایت کا اعادہ نہیں ہوتا۔ مگر اس اپریشن میں نکروز کا کسی قدر خطرہ ضرور ہوتا ہے۔ اور اگر نیچے کو گھمایا ہوا ٹکڑا بڑا ہو تو اس کے بعد آنکھ بند نہیں ہو سکتی۔ ماہر اپڈاوی (Epdawi) غضروف تک کاٹنے کے بعد عضلہ محیط جفنی کا نچلا حصہ الگ کر دیتا ہے، ایسا کرنے سے جفن کا نچلا سرا زیادہ خوبصورت ہو جاتا ہے۔

غضروف جفنی کا نکال دینا۔

اس کا مقصد یہ ہے کہ پلکوں کے ٹیڑھے بالوں کی وضع درست ہو جائے اور اس کے ساتھ اس کے سبب یعنی ردھبی کا

بھی ازالہ ہو جائے۔ مندرجہ ذیل اعمال جرحیہ اس کے واسطے ماہرین نے وضع کئے ہیں۔

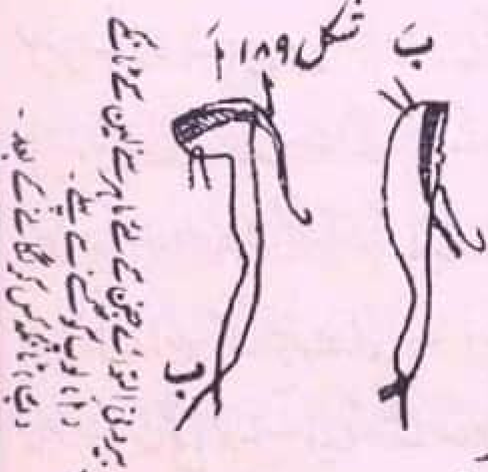
(۱) غضروف جفنی کو جزئی طور پر کاٹ کر الگ کرنا۔ اور اسی کے ساتھ طاقی ملتحمہ کو کاٹ کر نکال دینا۔ اس آپریشن کو ان آنکھوں کے لئے اختیار کرنا چاہئے جن میں ربد جیبی موجود ہو اور اس کے ارتشاح کی وجہ سے غضروف دبیز ہو جائے طاق اعلیٰ کے ملتحمہ کی لیسجیں موٹی ہوں اور ان میں احتقانی حالت پیدا ہو جائے اس کا طریقہ یہ ہے کہ اوپری جفن کو الٹ کر جفنی کنارے کے متوازی تندرست مقلی ملتحمہ میں شگاف دیں یہ شگاف باہر کے کوئے سے لے کر اندر کے کوئے تک ہو اب ملتحمی زخم کے زیرین لب پر تین ٹانکے اس طرح لگائیں کہ ملتحمہ کے اندر سے ہر ٹانکہ دو مقام پہ ہو کر گذرے اور دو ملی میٹر چوڑے لوپ کی شکل اختیار کرے، لوپ کا تاگا ملتحمہ کے اوپر ہو اب ان ٹانکوں کو پکڑ کر ان کے ذریعہ ملتحمہ کو کھینچکر مقلہ عین سے قرنیہ تک الگ کر دیں۔ دوسرا شگاف جفن کے اوپر اس کے کنارے کے متوازی دیں۔ اس میں ملتحمہ و غضروف کو کاٹ دیں۔ یہ شگاف جفنی کنارے سے ۲ یا ۳ ملی میٹر اونچا ہو شگاف دینے کے بعد ملتحمہ اور غضروف کو آہستہ آہستہ نیچے کی ساختوں سے الگ کرتے جائیں۔ مگر خیال رکھیں کہ غشاء محیط جفنی اور عضلہ طر مجروح نہ ہوں۔ اس طرح پورا ملتحمہ اور غضروف کاٹ کر الگ کر دیں۔ جو ٹکڑا اس طرح کاٹا جاتا ہے لمبائی میں تقریباً ۲٫۵ سنٹی میٹر کے برابر ہوتا ہے اور چوڑائی ایک سنٹی میٹر ہوتی ہے۔ اب ملتحمہ کو اس کے اندر کے ٹانکوں کے ذریعہ اٹھائیں جو کہ جفن میں سے اندر سے باہر کی طرف اس طرح گذرتے ہیں کہ قطع کردہ غضروف کے کٹے ہوئے کنارے کے ایک ملی میٹر سامنے کو جلد پر نکلتے ہیں یہیں ان ٹانکوں کو ہلکے طور پر باندھ دیا جائے۔

(۲) **کلی طور پر غضروف جفنی کا نکالنا**۔ یہ اپریشن ماہر ہیس راتھ (Heisrath) کا ہے جس میں ماہر کوہنٹ (Kuhnt) نے ترمیم کی ہے۔ اس اپریشن کو ربد جیبی کے اس درجہ میں اختیار کرتے ہیں جس میں کہ لیفی ندبی ساخت بن کر جفن کو بہت زیادہ سکوڑ دیتی ہے، اور اسی کے ساتھ غضروف میں بہت زیادہ فسادی تغیرات رونما ہو جاتے ہیں۔ ایسی صورت میں تقریباً تمام ملتحمہ لیفی ندبی ساخت میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ جفن کو پلٹ کر ملتحمہ میں شگاف دیں یہ شگاف جفنی کنارے کے نزدیک اور اس کے متوازی ہو اس کے بعد کٹی ہوئی غضروف کو ملحقہ لیسجوں بالخصوص ملتحمہ سے الگ کریں۔ اس حالت میں ملتحمہ غضروف سے سختی کے ساتھ ملتصق نہیں ہوتا غضروف کے اوپر کے کنارے تک اسی طرح علیحدہ کریں اور عضلہ رافعۃ الجفن علیا۔ کو کاٹ دیں، اب غضروف چونکہ آزاد ہو جاتی ہے

اس سے اس کو الگ کرنا آسان ہوتا ہے۔ غضروف کو الگ کر دیں اور ملتحمہ کی کٹی ہوئی سطح کو اس غضروفی حصہ سے سی دیں جو کہ جفنی کنارے پر ہوتا ہے۔

بیرونی التواء جفن کے لئے اعمال جراحیہ۔

انقباضی بیرونی التواء جفن۔ انقباضی التواء جفن جو کہ معمولی تدابیر سے درست نہ ہو سکے اس کے واسطے ماہر سنیلین کے ٹانکے بہترین سمجھے جاتے ہیں۔ اس میں بھی "گیلارڈ" کے ٹانکوں کی طرح دو لوپ استعمال کئے جاتے ہیں۔ جن میں سے ایک بیرونی اور وسطی تہائی کے جائے اتصال پر ہوتا ہے۔ اور دوسرا اندرونی و وسطی تہائی کے جائے اتصال پر۔ یہ دوہرے ٹانکے زیریں جفن میں نیچے کی طرف اور بالائی جفن میں اوپر کی طرف جلد کے نیچے جاتے ہیں۔ ان ٹانکوں کے لگانے کی جگہ اس میں مختلف ہوتی ہے۔ ماہر سنیلین کے ٹانکوں میں ان کی جگہ اُلٹے ہوئے ملتحمہ کی چوٹی پر یعنی معمولی حالات میں غضروف کے موخر کنارے کے پاس ہوتی ہے۔ یہاں سے سوئی نیچے کو جلد کے نیچے لیجا کر مجوف کے نچلے کنارے کی چوٹی پر باہر نکالی جاتی ہے، دوسری مرتبہ سوئی پہلے ٹانکے کے نزدیک اور متوازی داخل کی جاتی ہے۔ اور رخسار پر یہ دونوں ٹانکے آیوڈو فارم کی لپٹی ہوئی گاز کی بتی پر باندھ دیے جاتے ہیں۔ مگر ان کو اسقدر کھینچکر باندھتے ہیں کہ کسیقدر اندرونی التواء پیدا ہو جاتا ہے۔ اسی طرح دوسرے لوپ کے واسطے بھی کیا جاتا ہے ایسا کرنے سے لوپ کے ذریعہ ملتحمہ نیچے اور سامنے کو کھینچ جاتا ہے۔ ایسے ہی ٹانکے شیخوخی بیرونی التواء جفن میں بھی لگائے جاتے ہیں مگر اس حالت میں ان کا اثر مستقل نہیں ہوتا۔

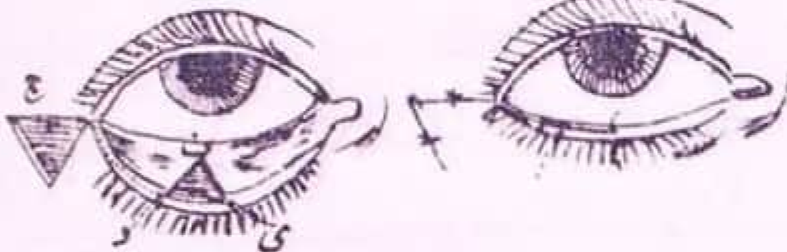


شیخوخی بیرونی التواء جفن یا استرخائی بیرونی التواء جفن کے لئے اعمال جراحیہ

(Operation for peralytic and senile ectropion)

استرخائی بیرونی التواء جفن کے لئے دونوں اجفان کے باہر یا اندر کی طرف خیاطت کا عمل انجام دیا جاتا ہے۔ شیخوخی حالت میں بھی اسکو اختیار کرتے ہیں، مگر ماہر کوہنٹ کا اپریشن بہتر نتائج پیدا کرتا ہے۔ اس اپریشن کا مقصد یہ ہے کہ بیرونی التواء جفن جس میں جفن لمبی ہو جاتی ہے اس کو چھوٹا کر دیا جائے تاکہ وہ پھر آنکھ کے ساتھ چسپاں ہو جائے۔ اس اپریشن کا طریقہ یہ ہے کہ جفن میں سے ایک مثلث ٹکڑا ایسا کاٹا جائے کہ جس کا قاعدہ جفنی کنارے کی طرف ہو۔ کیونکہ اس مقام پر جفن کی لمبائی سب سے زیادہ ہوتی ہو

مقصد چونکہ یہ ہوتا ہے کہ اس مقام پر باہر کی طرف بدوضعی نہ پیدا ہو اس لئے جفن کی پوری دبازت میں اسکو نہیں کاٹتے ، بلکہ صرف اس کے اندرونی پرتوں تک محدود رکھتے ہیں یعنی صرف ملتحمہ اور غضروف جفنی میں یہ شگاف دیا جاتا ہے اور جلد اس سے محفوظ رکھی جاتی ہے۔



ماہر ملر (Meller) کے اپریشن میں پہلے اس امر کا فیصلہ کرتے ہیں کہ کسقدر غضروف جفنی کو کاٹ کر الگ کرنا چاہئے ، اس کے صحیح اندازے کے لئے زیرین جفن کو دو تشریحی چمٹی سے پکڑیں اور دونوں چمٹی کو اوپر اٹھا کر دیکھیں کہ کتنی کم و زیادہ کرنے سے جفن مناسب طور پر مقلہ عین کے ساتھ چسپاں ہوتی ہے۔ اس اندازہ کے بعد جفن کے دونوں کناروں کے درمیان ی اور د ایک شگاف دیکر اس کے دونوں نقطوں ی اور د سے دو استقاقی خطوط کی صورت میں دو شگاف مقام ف تک دیں ، اور اس طرح ملتحمہ اور غضروف کا ایک مثلث ٹکڑا کاٹ کر علیحدہ کردیں۔ اس کے بعد اُتنا ہی بڑا جلد کا ایک مثلثی ٹکڑا باہر کے کوئے کے پاس سے کاٹیں ، اب ملتحمہ کے دونوں کناروں کو ملا کر سی دیں اور باہر والے جلد کے سرے کو کھینچکر راج پر سے جائیں تاکہ جلد بھی کھنچ جائے اور اندر بھی درست ہو جائے۔

لیفی ندبی ساخت کے سکڑنے کی وجہ سے بیرونی التواء جفنی کے لئے اعمال جرحیہ

(Operations for cicatricial ectropion (blepharoplasty)

اس قسم کے بیرونی التواء جفنی کی کم تکلیف دہ وہ حالتیں ہوتی ہیں جن میں جلد بہت زیادہ خراب نہ ہو چکی ہو۔ اور جفنی انقباض صرف چند لیفی ندبی الیاف کی وجہ سے پیدا ہوا ہو۔ بالخصوص جبکہ یہ جلد کو اندر کی طرف کھینچیں اور اسکو ہڈی پر قائم کردیں۔ ان حالتوں میں ان لیفی ندبی الیاف کو جلد کے نیچے کاٹ دیتے ہیں۔ یا ان کو جلد کے نیچے متفرق کردیتے ہیں اس شگاف کے مقام کا انحصار ان الیاف پر ہوگا۔ اپریشن کے بعد جلدی شگاف کو سی دیں۔ اگر اسوقت اجفان کو بھی ایک دوسرے کے ساتھ سی دیں تو اس کا نتیجہ اور بھی مستقل ہوتا ہے اگر جفنی جلد کا بہت بڑا حصہ خراب ہو چکا ہو تو اس سادہ اپریشن سے کامیابی نہیں ہوتی۔ بلکہ ایسی صورت میں ضرورت اس امر کی ہوتی ہے کہ ضائع شدہ جلد کو نئی جلد سے تبدیل کردیا جائے۔ اسی لئے یہ اپریشن نہ صرف لیفی ندبی ساخت سے پیدا شدہ بیرونی التواء جفنی کے لئے کیا جاتا ہے

بلکہ اپریشن کی وجہ سے اگر بہت بڑی سطح برہنہ ہو گئی ہو تو اُس کو بھی ڈھانک سکتے ہیں۔ جیسا کہ جفنی سلعات کے نکالنے کے بعد ترقیع جلدی کے طور پر کرتے ہیں یہ ایسے جلدی ٹکڑے سے انجام دیا جاتا ہے جو کہ ایک مقام پر جلد سے متصل ہوتا ہے۔ تاکہ اس کو اپنی جگہ پر قائم ہونے تک اس مقام سے غذا پہونچتی رہے، اور اس میں عدوی کے خلاف قوت مناعت موجود رہے۔ ایسے جلدی ٹکڑے کو جفن میں لگانے کے لئے جفن کی تیاری کی اشد ضرورت ہوتی ہے۔

اس کا طریقہ یہ ہے کہ ایک شگاف کے ذریعہ جفنی کنارے کے متوازی جفن کی یعنی ندبی ساخت کو کاٹ دیا جائے اس کے بعد زیادہ غائر یعنی ندبی الیاف کو کاٹیں، یہاں تک کہ جفن نہایت آسانی کے ساتھ حرکت کر سکے، اس طرح جفن کو اپنی طبعی حالت میں لے آویں مگر یہ خیال رکھیں کہ اسپر کھنچاؤ نہ پڑے، سُکڑی ہوئی جلد کا وہ حصہ جو اپنی طبعی وضع کو ضائع کر چکا ہو اُس کو کاٹ کر الگ کر دیں۔ مگر جفنی کنارے کو ہرگز قربان نہ کیا جائے۔ اب اسکو طبعی مقام پر لاکر اوپر کی جفن کے ساتھ ملا دیں جس کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ اوپر اور نیچے کے اجفان پر پلکوں کے نیچے کی طرف تین رقبے آمنے سامنے سطحی بشرہ و مخاطی سطح سے برہنہ کر لئے جائیں، اور پھر ان کو آپس میں ٹانکہ کے ذریعہ سی دیا جائے مگر ہر ٹانکہ زیرین جفن کی جلد میں سے ڈالا جائے اور زیرین و بالائی جفن کی برہنہ سطوح میں سے گزار کر بالائی جفن کی جلد سے باہر نکالا جائے۔ ٹانکہ کے دونوں سروں کو ربڑ کی نلکی پر باندھ دیا جائے، مذکورہ طریقہ پر اجفان کو ایک دوسرے سے ملحق کرنے کے بعد جس مقام پر پہلے شگاف دیا تھا وہ کھل جائیگا۔ اور وہاں کی سطح پوری طرح برہنہ ہو جائیگی۔ اس سطح کو جلدی ترقیع کے ذریعہ ڈھانک دیا جائے۔

اجفان کی ان خرابیوں کے لئے جفنی کناروں کو آپس میں سینا جن میں کہ جفن کی پوری دبازت ماؤف نہیں ہوتی۔ مختلف خرابیاں جو کہ قروح و غانغرانا کا نتیجہ ہوں۔ ان کی وجہ سے ملتحمہ کا جفنی کنارہ اور متعدد حالتوں میں غضروف کا کچھ حصہ باقی رہ جاتا ہے، جن حالتوں میں موخر سطحی بشرہ قائم اور جفنی ڈھانچہ بھی موجود ہو ان کو ہم ترقیع جلدی کے ذریعہ ڈھانک سکتے ہیں۔ جس مقام سے جلد غائب ہو وہاں کی ترقیع کے لئے بالکل اسی شکل کا جلدی ٹکڑا لینا ہوگا۔ مگر اس کا طول و عرض اُس مقام سے ایک تہائی بڑا ہو کیونکہ جلد اس عمل کے بعد سکڑ جاتی ہے۔

بالائی جفن کے استرخا کے لئے اعمال جرحیہ۔ (Operation for ptosis)

جفن کو چھوٹا کرنا۔ (Shortening the lid) یہ اپریشن استرخاء جفن اعلیٰ کی خلقی اور اُن حالتوں



۱ داہنی آنکھ کے التواء جفن کے اپریشن کے لئے ماہر قسمر کی چمٹی

۲ رمد حبیبی میں دبا کر حبیبات کو توڑنے کے لئے ماہر گیپف کی جندی چمٹی اس کو شعیرۃ الجفن کے اپریشن میں بھی استعمال کرتے ہیں — اس کا استعمال مقامی یا عمومی تخدیر کے بعد کیا جاتا ہے

۳ حبیبات کو توڑنے کے لئے ماہر کناپ کی منقاش

کے لئے برسرکار لایا جاتا ہے جو بعد میں لاحق ہوتی ہیں۔ اور کسی دوسرے طریقے سے درست ہونے میں نہیں آتیں۔ اس اپریشن کے متعدد طریقے وضع کئے گئے ہیں مگر سب سے پرانا طریقہ یہی ہے کہ جفن کے اوپر سے جلد کی ایک چپٹ کاٹ کر الگ کر دی جائے، ماہر فان گریف نے اسی کے ساتھ عضلہ محیط جفنی کے الیاف کو کاٹنے کی تجویز کا اضافہ کیا ہے، مگر اس طریقہ کو ماہرین نے ترک کر دیا، کیونکہ اس سے اگر جفن چھوٹی ہو جائے تو آنکھ بند نہیں ہو سکتی۔ اور اگر جفن کی تھوڑی جلد کاٹی جائے تو اپریشن کامیاب نہیں ہوتا خلقی استرخار جفن میں غضروف کو نکال دینے سے کافی فائدہ مترتب ہوتا ہے۔ مگر غضروف کے ساتھ ملتحمہ کو بھی نکالنا پڑتا ہے کیونکہ ملتحمہ غضروف کے ساتھ بہت استحکام کے ساتھ ملتصق رہتا ہے۔ اگر کلی استرخار جفن نہ ہو تو اوپر کے کنارے پر غضروف کا کچھ حصہ چھوڑ دینا مناسب ہوتا ہے بقیہ اور طریقوں کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ عضلہ رافعۃ الجفن کی کمزوری کو کسی طرح دُور کر دیا جائے۔ اگر عضلہ رافعۃ الجفن موجود ہو خواہ وہ کمزور ہی کیوں نہ ہو تو ہم اس کے عمل کو بڑھانے کی کوشش کرتے ہیں۔ مگر جب یہ عضلہ موجود نہ ہو تو دوسرے عضلات کی امداد درکار ہوتی ہے مثلاً بالائی عضلہ مستقیمہ یا عضلہ جبہیہ سے امداد حاصل کرنے کی کوشش کرتے ہیں، تاکہ یہ عضلات جفن کو اٹھانے میں مدد کریں عضلہ رافعۃ الجفن کی طاقت کو اُسے چھوٹا کر کے بڑھا سکتے ہیں جس کا طریقہ یہ ہے کہ ایک جلدی شگاف جفنی کنارے اور بھوں کے درمیان دیا جائے، یہ شگاف افقی طور پر جفن کے ایک طرف سے دوسرے طرف تک دیا جائے۔ اور جلد و عضلہ محیط جفنی کے الیاف کو اپنی جگہ سے ڈھیلا کرلیں۔ تاکہ ان کو ایک طرف علیحدہ کیا جا سکے۔ اور غضروف کا بالائی کنارہ و عضلہ محیط جفنی سامنے نظر آسکیں اب ایک تاگے کا ٹوپ۔ عضلہ رافعۃ الجفن کے وتر کے اندر سے گذارا جاتا ہے جسکی اونچائی جہاں تک ممکن ہو ہونا چاہیئے۔ تاگے کے دونوں سروں کو نیچے غضروف اور جلد کے درمیان لے جائیں اور جفنی سرے کے دونوں کناروں کے درمیان سے باہر نکالیں۔ اب اگر ان کو کھینچکر باندھ دیا جائے تو عضلہ رافعۃ الجفن کا وتر ان لوپوں کی وجہ سے نیچے کھنچ آتا ہے۔ اور تہ کی وجہ سے چھوٹا ہو جاتا ہے۔ اس قسم کے تین ٹانکے لگائے جائیں۔ ایک ٹانکہ وسط میں ایک دائیں طرف اور ایک بائیں طرف، ایسا کرنے سے بہتر نتیجہ مترتب ہوتا ہے حالانکہ بعض صورتوں میں مستقل فائدہ نہیں ہوتا۔ کیونکہ آخر میں وتر دوبارہ واپس چلا جاتا ہے۔ اس سے بہتر طریقہ یہ ہے کہ وتر کا ایک حصہ کاٹ دیا جائے اس کے واسطے شگاف غضروف کے کردی کنارے کے اوپر اس کے متوازی دیا جائے اور اس مقام سے اوپر اس کو اوپر کی طرف مثلاً بھوں تک نیچے سے کھولیں، یہاں تک کہ غضروفی مجری صفاق تک پہنچ جائیں۔ اور اسکو کاٹ دیں،

اس کے نیچے عضلہ رافعۃ الجفن کا وتر ملتا ہے اس وتر کو لمبائی میں کسی قدر کاٹ دیں جس کا انحصار استرخا رجفن کی مقدار پر ہے۔ کٹے ہوئے عضلہ کا مقدم سرا غضروف کے کردی کنارہ کے ساتھ سی دیں۔

عضلہ رافعۃ الجفن کی جگہہ عضلہ جبہیہ کو دینا (Replacement of levator-by frontalis)

اگر عضلہ رافعۃ الجفن بالکل نکما ہو تو اسکو چھوٹا کرنا بالکل بے سود ہوگا۔ ایسی صورت میں اس کا عمل اگر عضلہ جبہیہ کی طرف منتقل کردیں تو بہتر ہے، کیونکہ ہم جانتے ہیں کہ جو لوگ استرخا رجفن میں مبتلا ہوتے ہیں وہ اپنی پیشانی پر شکنیں ڈال کر اپنی جفن کو اٹھاتے ہیں۔ یہ حالت باقاعدہ طور پر دونوں جانب کے استرخا رمیں پائی جاتی ہے کیونکہ اس کے بغیر مریض دیکھنے کے قابل نہیں ہوتا۔ مگر ایک طرف کے استرخا رجفنی میں یہ حالت نہیں ہوتی، کیونکہ دوسری آنکھ سے مریض دیکھ سکتا ہے پیشانی پر شکنوں کے پڑنے سے بھویں اوپر کو اٹھتی ہیں جس کے ساتھ بالواسطہ طریقہ پر بالائی جفن بھی اٹھ جاتی ہے، مگر جفن کے اوپر اٹھنے میں یہ ضروری ہے کہ پہلے جفنی جلد صاف ہوجائے اس کے بعد عضلہ جبہیہ کا اس پر اثر ہوا لہذا ماہرین کو یہ خیال ہوا کہ اگر جفن کو بلا واسطہ عضلہ جبہیہ سے متصل کردیا جائے تو یہ مقصد حاصل ہوسکتا ہے۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ ایک تاگے میں دو سوئیاں پرو کر ان میں سے ایک کو بالائی جفن کے کنارے کے درمیان اوپر کی طرف جلد کے نیچے بھوں تک لے جائیں اور بھوں کے اوپر نکال لیں۔ دوسری سوئی کو پہلی سوئی کے نزدیک اوپر کو اسی مقام تک پہونچادیں اس طرح تین جگہہ پر لوپ دار ٹانکے لگادیں اور ان ٹانکوں کو چپکنے والے ایک پلاسٹر یا آیوڈوفارم گاز کی گدی پر کھینچکر بھوں کے اوپر باندھ دیں۔ دوسرے دو لوپ دار ٹانکے بھی پہلے ٹانکے کے نزدیک ہوں۔ ان کو اسوقت تک رہنے دیا جب تک کہ ان کی جگہہ پر یعنی ندبی ساخت کے یعنی رباط نہ بن جائیں، چونکہ یہ رباط جفن سے لے کر عضلہ جبہیہ تک بنتے ہیں اور جفن و عضلہ جبہیہ کو آپس میں متصل کردیتے ہیں، اسلئے عضلہ جبہیہ کا عمل اجفان میں بھی منتقل ہوجاتا ہے، ماہر ہیس کا طریقہ بھی اسی اصول پر مبنی ہے۔

اس طریقہ میں بھوں کو مونڈ کر اس کے درمیان یعنی چوڑان میں ایک شگاف پوری بھوں میں دائیں طرف سے بائیں طرف کو دیا جاتا ہے۔ اس شگاف سے بھوں اور بالائی جفن کی جلد اس کے آزاد کنارے تک زیرین ساختوں سے الگ کردی جاتی ہے اس کے بعد پہلے اپریشن کی طرح لوپ دار تین ٹانکے نیچے سے اوپر کو اس طرح لے جائیں کہ جب ان کو اوپر کھینچا جائے تو جفن پر ایک چنٹ پیدا ہوجائے۔ یہ اپنے داخلہ کے مقام سے اوپر کو جاتے ہیں۔ اور

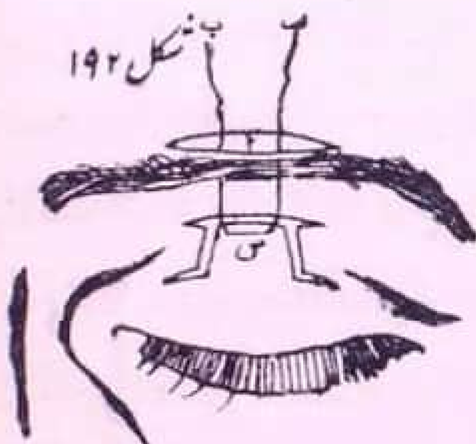
ان کے باہر نکالنے کا مقام بھوں سے ۲ سینٹی میٹر اوپر ہوتا ہے۔

ان ٹانکوں کے لوپ کو اسقدر کھینچا جائے کہ جفن خوب اچھی طرح اوپر کو اٹھ جائے، کیونکہ بعد میں اپریشن کا اثر کسی حد تک کم ہو جاتا ہے۔ ٹانکہ لگانے کے بعد یعنی ندبی ساخت کے بننے کے وقت تک چونکہ آنکھ ننگی رہتی ہے، اس لئے ضروری ہے کہ مندرجہ ذیل طریقہ پر پٹی باندھی جائے۔

(۱) جن صورتوں میں اجفان بند نہیں ہو سکیں اُن میں بہتر ہے کہ آنکھ کے گرد تری کا ایک خزانہ ہو تاکہ اس کی وجہ سے قرنیہ کی سطح خشک نہ ہو سکے، مچری کناروں پر پلاسٹر لگا کر اُس پر گھڑی کا ایک شیشہ قائم کر دیں۔ اور اس شیشے کے اندر پانی میں بھیگی ہوئی تھوڑی روئی رکھدی جائے۔ ایسا کرنے سے گرمی کی وجہ سے بخارات بن کر آنکھ اور گھڑی کے درمیانی خلاء کی ہوا کو تر رکھیں گے۔

پے ناس کا اپریشن۔ (Operation of panas)

اس اپریشن میں جفن اور عضلہ جبہیہ میں ایک تعلق پیدا کرتے ہیں۔ جس کا طریقہ یہ ہے کہ جفن کے اندر سے جلد کو خاص طور پر کاٹ کر اُس کو اوپر کی طرف پیشانی کی جلد اور عضلہ جبہیہ سے متصل کر دیتے ہیں۔



استرخاء جفن اعلیٰ کے لئے ماہر پے ناس کے اپریشن کا طریقہ۔

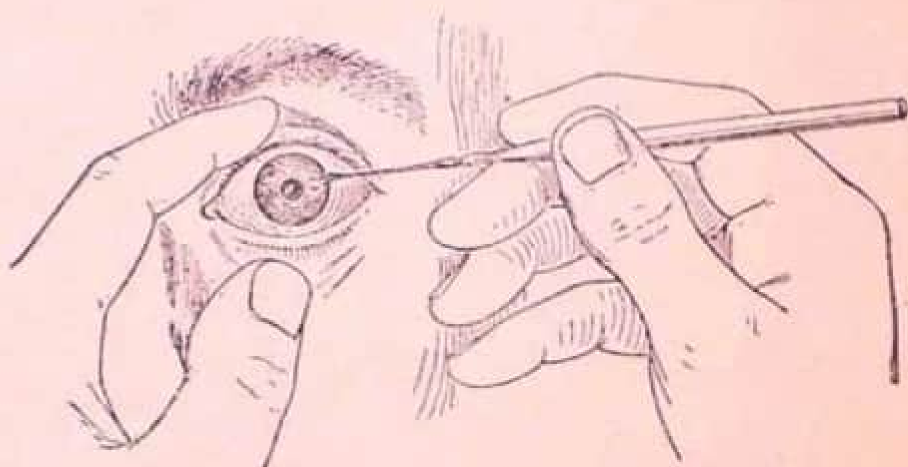
اس تصویر سے واضح ہوتا ہے کہ جفنی جلد سے کیسا ٹکڑا کاٹا جائے، تشگاف کے ذریعہ اس ٹکڑے س کی حد بندی کے بعد زیرین ساختوں سے اس کو آزاد کر لیا جائے یہاں تک کہ یہ آزادی کے ساتھ حرکت کر سکے، اب ایک افقی شگاف ا جلد کے نیچے بھوں کے اوپر دیا جائے۔ اس شگاف سے پہلے بنائے ہوئے نچلے زخم تک بھوں کی جلد کے نیچے سرنگ کے طور پر خالی کر لیا جائے۔ اور نیچے کے جلدی ٹکڑے س کو اوپر کے شگاف ا کے بالائی کنارے سے لوپ کے ذریعہ باندھ دیا جائے۔ اسی قسم کے دو یا تین لوپ اور بنائیں۔ اس کے بعد جو جگہ باقی رہے اس کو ٹانکے لگا کر ٹھیک کر دیں، یہ طریقہ اپریشن کا بہتر ہے مگر شگاف کی جگہ پر یعنی ندبی ساخت کے بننے کی وجہ سے بد وضعی پیدا ہو جاتی ہے۔

عضلہ رافعۃ الجفن کا عمل عضلہ مستقیمہ علیا کی طرف منتقل کرنا
Replacement of the levator by superior rectus

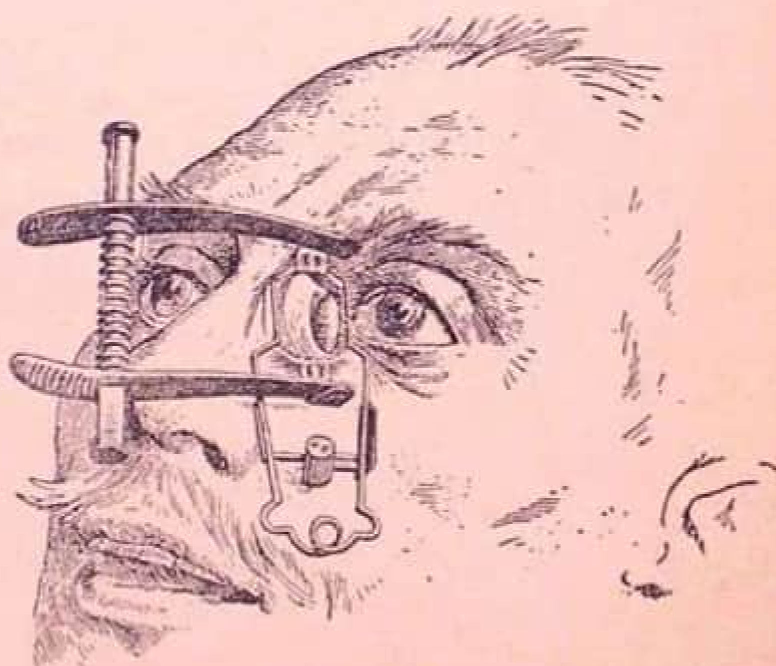
یہ عمل اُسی وقت ممکن ہوتا ہے جب کہ عضلہ مستقیمہ علیا خود مسترخی نہ ہو یا اس میں کوئی دوسری خرابی موجود نہ ہو۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ ملتحمہ کے اندر اسی عضلہ کے مقلی جار اتصال پر جہاں کہ اس کا وتر مدغم ہوتا ہے۔ ایک افقی شگاف دیا جائے اور طاقی ملتحمہ کو مقلہ عین سے الگ کرلیں۔ اس کے بعد ملتحمی پردے میں ۵ ملی میٹر کے فاصلہ سے دو لوپ لگا کر اس کو اوپر کی طرف ہٹالیں۔ اور ان دونوں لوپ کے درمیان ملتحمہ کو ایک عمودی شگاف کے ذریعہ کاٹ دیں۔ اس شگاف کو ملتحمی طاق تک لیجائیں۔ اب بالائی جفن کو پلٹ لیں اور ملتحمہ کے عمودی شگاف کو جفنی کنارے تک لے جائیں۔ ان ملتحمی پردوں کے اندر دو ٹانکے غضروف کے نزدیک لگا کر ان کو ہٹائے رکھیں اور عضلہ مستقیمہ علیا کو دونوں طرف سے صاف کرلیں۔ اب غضروف کے بالائی کنارے کے ساتھ ساتھ عضلہ رافعۃ الجفن میں شگاف دیں۔ اس شگاف کو ملتحمہ کے عمودی زخم کے ایک سرے سے شروع کریں اور اس کے اندر سے کاٹ کر غضروف کی مقدم سطح پر سے اُس کے الیاف اس طرح الگ کرلیں کہ جفن کے زیرین سرے تک ایک جیب بن جائے۔ اب حول کے ہک کے ذریعہ عضلہ مستقیمہ علیا کو اُٹھالیں اور اس کے وتر میں جہاں پر کہ یہ مقلہ عین سے مدغم ہوتا ہے اُس سے تین ملی میٹر دور ہٹ کر دو سوئی والا تاگا ڈالیں۔ اسطور پر کہ اس کا لوپ عضلہ کی صلبیہ کی جانب والی سطح پر ہو۔ اس لوپ کے دونوں طرف لمبائی میں عضلہ کے الیاف الگ الگ کردیں۔ سامنے کی طرف جہاں یہ مقلہ عین سے لگا ہے اور پیچھے کی طرف ۱۰، ۱۲ ملی میٹر تک جائیں۔

زبان کے مانند عضلہ کا حصہ اس کے مقلی جار اتصال سے الگ کرلیں اور وتر کی صدغی و انفی جانب اپنی جگہہ پر صلبیہ سے لگی ہوئی رہنے دیں، اب ان ٹانکوں کے ذریعہ جو اس عضلہ کے زبان نما حصہ پر لٹک رہے ہیں اسکو سامنے کی طرف اُس جیب میں جو کہ غضروف کی مقدم سطح پر بنایا گیا ہے لے جائیں، اور تاگوں کو جفنی آزاد کنارے پر باہر نکال کر گاز کی بتی پر باندھ دیں۔ مگر اسقدر ان کو کھینچیں کہ اپریشن کا اثر متوقع حالت سے بڑھ جائے۔ ملتحمہ کا زخم احتیاط کے ساتھ سی دیں۔ استرخا جفن کے لئے ماہرین اس اپریشن کو بہترین سمجھتے ہیں۔

خلقی استرخا جفن کے لئے "ماہر موٹائس" (Motais) کا اپریشن عمدہ ہے۔ اِس عمل میں عضلہ مستقیمہ علیا کے ایک حصہ کو الگ کرتے ہیں اور جلد و غضروف جفنی کے درمیان



عمل ابرہ کے لئے سوئی داخل کرنے کا طریقہ



کیس دمعی نکالنے میں جلدی مقام کے لبوں کو الگ الگ کرکے
دکھایا گیا ہے

ایک جیب بنا کر اس کو مصنوعی طور پر اس کے اندر مدغم کر دیتے ہیں، اور پلکوں کے بالوں کے مقام پر اسکو قائم کر دیتے ہیں۔ اس اپریشن کے بعد جب عضلہ میں اوپر کی طرف حرکت کرتا ہے تو جفن بھی اوپر کو اٹھ جاتی ہے۔

آلات دمعیہ کا عمل جرحیہ

کیس دمعی کو نکالنے کا عمل جرحی

مقامی تخدیر کے بعد اس عمل کو انجام دینا چاہیے، نووکین اور ایڈرے نالین کے مطہر محلول کی زیر جلد ساختوں میں کیس کے گرد تلقیح کی جائے،

ضروری آلات۔ (۱) چھوٹا نشتر (۲) تشریحی منقاش (۳) دندانہ دار منقاش (۴) مفرق طیٹ (۵) کند سرے والی چھوٹی قینچی (۶) کند ڈار کٹر (۷) چھوٹا ملقفہ جس کے کنارے دھار دار ہوں۔

اجفان کو بیرونی حیتم کے نزدیک انگلی کے ذریعہ کھینچے رکھیں، ایسا کرنے سے اندرونی جفنی رباط نمایاں ہو جاتا ہے۔ شگاف قوسی شکل کا ہونا چاہیے۔ اور رباط کے اوپر سے شروع کر کے نیچے اور ذرا باہر کی طرف لے جائیں۔ تاکہ شگاف زیرین مجری کنارے تک پہونچ جائے۔ کچھ دور تک شگاف کی رفتار مجری کنارے کے ساتھ ساتھ ہو اس کی لمبائی ۳-۴ ملی میٹر تک اندرونی حیتم کے اندر کی طرف ہو۔ ورنہ زاوی وریداور اس کی بڑی شاخوں کو صدمہ پہونچنے کا اندیشہ ہے۔ اندرونی رباط جفنی کو کاٹ دیں۔ اور کیس کو کھولیں، مگر اس کے زیرین حصہ میں شگاف بہت زیادہ گہرا نہ ہو اس کے بعد شگاف کے اندر مفرق طیٹ کو داخل کر کے نزف الدم کو دباؤ کے ذریعہ بند کریں۔ یہ دباؤ روئی کے مطہر ٹکڑے کے ساتھ پہونچائیں جسکو پہلے ایڈرے نالین میں بھگو یا گیا ہو۔ اس کے بعد غشار مخاطی میں کئے ہوئے سوراخ کے ذریعہ کیس کو ہم بآسانی دیکھ سکتے ہیں، اس کو اندرونی جانب سے چمٹی سے پکڑلیں اور گرد و پیش کی ساختوں سے کند ڈار کٹر کے ذریعہ علیحدہ کریں۔ اس کی اندرونی دیوار کو آزاد کرنے کے بعد بیرونی دیوار کو بھی آزاد کریں۔ کیس کو سامنے کی طرف کھینچ لیں اور پچھلی بافتوں سے علیحدہ کر دیں۔ مگر کیس دمعی کو خوب اوپر کی طرف اٹھا کر ایسا کیا جائے تاکہ قناۃ انفی کی غشار مخاطی جسقدر زیادہ ممکن ہو اسی قدر اس کے ساتھ کھنچ آئے اور اسکو کاٹ دیا جائے۔ اس غشار مخاطی کو جسقدر بھی ہڈی کے نزدیک سے کاٹا جائے اسی قدر بہتر ہوگا۔ اس کو کاٹنے کے بعد دیکھیں کہ مخاطی غشار پوری طرح کٹ گئی ہے یا کچھ باقی ہے۔ جب یہ مکمل کٹ گئی ہو تو قناۃ انفی کا اوپر کا حصہ اچھی طرح کھرچ دیں اور احتیاط کے ساتھ

زخم کے کناروں کو ملا کر خیاطت کریں۔ تشگاف کے اوپر روئی کا گول پیڈ رکھکر معمولی دباؤ کے ساتھ پٹی باندھ دیں۔ عام طور پر زخم بیپ پڑے بغیر مندمل ہو جاتا ہے۔ شروع میں چند دنوں تک اس کے اوپر دباؤ ڈالکر دیکھنا چاہیئے۔ اگر اس کے اندر سے کچھ رطوبت نکلتی ہو تو اسکو کھول کر صاف کریں۔

اگر کیس کے اوپر زخم یا ناصور کی وجہ سے ندبی ساخت بن کر سکڑ گئی ہو تو اسکو علیحدہ کرنا مشکل ہوتا ہے اور بسا اوقات ایسا معلوم ہوتا ہے کہ شگاف دینے سے کیس نہیں کھلتی۔ کیونکہ یہ زیرین ساختوں کے ساتھ مستحکم طور پر ملتصق ہوتی ہے۔ ایسی حالت میں کیس تک پہونچنے کے لئے عظم دمعی کا ابھرا ہوا کنارہ بہترین شاہ راہ ہے۔ اس کنارے کو ہم انگلی کے ناخن سے معلوم کر سکتے ہیں۔ کیس دمعی کے بلجانے پر اسکو اندر سے الگ کرنے کے لئے قینچی یا چاقو استعمال کرنا چاہیئے۔ اس کے بطن، باہر کی دیوار اور پچھلے حصہ کا تعلق یکے بعد دیگرے علیحدہ کر دیا جائے۔ اس طریقہ سے مذکورہ بالا طریقہ کی بہ نسبت بہت زیادہ خون نکلتا ہے جس کو بند کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ روئی کے چھوٹے چھوٹے گالے "ایڈرے نالین" میں بھگو کر اس مقام پر خوب دبائیں، جہاں سے نزف الدم ہو رہا ہو۔

ملتحمہ کے اعمال جرحیہ

ناخونہ (Pterygium) ناخونہ کو گردن سے پکڑ کر اٹھائیں اور اس کی چوٹی کو احتیاط کے ساتھ قرنیہ پر سے الگ کرلیں۔ لیکن جہاں تک ممکن ہو گہرا شگاف نہ دیا جائے۔ قرنیہ سے اس کی چوٹی کو علیحدہ کرنے کے بعد صلبیہ پر سے بھی علیحدہ کریں۔ اور طاق ملتحمہ میں شگاف دیکر اس میں ناخونہ کو سی دیں۔ بعض اوقات یہ دوبارہ پیدا ہو جاتا ہے۔ اور کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ حقیقتاً یہ دوبارہ نہیں پیدا ہوتا مگر بظاہر دیکھنے میں معلوم ہوتا ہے کہ موجود ہے۔ اگر دوبارہ پیدا ہو جائے تو اسکو ملتحمہ پر سے کاٹ کر طاق ملتحمہ کے اندر سابقہ طریقہ پر سی دیا جائے۔

قرنیہ اور خزانہ مقدم کے اعمال جرحیہ

آنکھ کے اندر سے اجسام غریبہ کا نکالنا	آنکھ کے اندر سے اجسام غریبہ یا اجسام طفیلیہ کا نکالنا ضروری ہے مگر اس عمل میں کامیابی کے لئے امتحان کر کے پہلے اس امر کا صحیح

فیصلہ کر لینا چاہئے کہ یہ اجسام کس مقام پر موجود ہیں۔ اس کے واسطے منظارعین سے معائنہ کریں "اکس ریز" کے ذریعہ فوٹو لیں اور لوہے کی اشیاء کو مقناطیس کے ذریعہ معلوم کیا جائے۔

اگر زخم بڑا ہو اور اس کا منہ کھلا ہوا ہو تو مطہر اوزار اس کے اندر ڈال کر جسم غریب کو پکڑ کر باہر نکال لیں، لیکن اگر زخم بند ہو چکا ہو یا چھوٹا ہو تو بہتر ہے کہ قرنیہ یا صلبیہ میں نیا زخم بنا کر (زخم کا مقام جسم غریب کے محاذ میں ہو) شگاف کے اندر مطہر اوزار داخل کریں۔ صلبیہ میں شگاف دینے میں جہاں تک ممکن ہو ہدبی رقبہ کو محفوظ رکھیں۔ جسم غریب کو پکڑنے میں لبا اوقات بڑی مشکل پیش آتی ہے اور کبھی اس میں بالکل ہی ناکامی رہتی ہے۔

سب سے زیادہ آسانی اُن غریب اجسام کے نکالنے میں ہوتی ہے جو خزانہ مقدم میں موجود ہوتے ہیں کیونکہ انکے نکالنے میں روشنی سے مدد حاصل کر سکتے ہیں، اسی طرح لوہے کے ٹکڑوں کو نکالنے میں بھی آسانی ہوتی ہے کیونکہ انکے واسطے ہم مقناطیس سے کام لیتے ہیں۔

اوپر جیسا کہ ہم ذکر کر چکے ہیں اجسام غریبہ کے نکالنے کا عمل بعض اوقات بہت مشکل ہوتا ہے اور بعض اوقات بالکل ناکام رہتا ہے اور اس کے واسطے کوئی خاص طریقہ کار بھی ہم نہیں پیش کر سکتے کیونکہ ہر مریض میں بعض ایسی خصوصیات ہوتی ہیں کہ اُس کے واسطے اپریشن کی وضع اور طریقہ بھی مخصوص ہوتا ہے۔

سب سے پہلے ۱۸۷۶ء میں ماہر "میک ایون" (Mc. ewen) نے لوہے کے ٹکڑے کو آنکھ کے اندر سے ایک سلاخ نما مقناطیس داخل کر کے نکالا تھا۔ ماہر ہرش برگ نے سب سے پہلے کہربائی مقناطیس ایجاد کیا۔ یہی آجکل عام طور پر مستعمل ہے۔ اس مقناطیس کا کند سرا زخم کے اندر داخل کر دیا جاتا ہے بشرطیکہ زخم کا منہ کافی بڑا اور کھلا ہو یا قرنیہ یا صلبیہ پر کسی مقام پر نیا زخم بنا کر اُس کے اندر داخل کرتے ہیں۔ ماہر ہیلمنگر کا مقناطیس کہربائی حلقہ نما ہوتا ہے جس کے اندر مریض کا سر آجاتا ہے۔ اس حلقہ کے مرکز میں اگر لوہے کی سلاخ لائی جائے تو وہ مقناطیس بن جاتی ہے اور اس کے ذریعہ زخم کے اندر سے غریب اجسام لوہے کے ہم نکال سکتے ہیں۔

مقناطیس عظیمہ کو آنکھ کے اندر نہیں داخل کر سکتے بلکہ آنکھ کے باہر ہی ان کو رکھتے ہوئے نزدیک لایا جاتا ہے، یہ اسقدر قوی ہوتے ہیں کہ لوہے کے ٹکڑوں کو فوراً اپنی طرف کھینچ لیتے ہیں۔ چھوٹے مقناطیس سے یہ مندرجہ ذیل وجوہ کی بنا پر بہتر سمجھے جاتے ہیں۔

(۱) ان کے واسطے زخم بنانے یا شگاف دینے کی ضرورت نہیں ہوتی۔

(۲) لوہے کے ٹکڑوں کا آنکھ کے اندر خاص مقام معلوم کرنے کی ضرورت نہیں پڑتی۔

(۳) ان کے ذریعہ لوہے کے چھوٹے سے چھوٹے ٹکڑے بھی نکالے جا سکتے ہیں۔

اگر زخم بہت بڑا ہو تو اس مقام پر مقناطیس کا لگانا زیادہ مناسب ہوتا ہے۔ ورنہ قرنیہ کے مرکز میں قرنیہ سے مقناطیس کی نوک لگا دی جائے تاکہ غریب جسم اس کی طرف کھینچکر عنبیہ کے پیچھے آ جائے، اور جب لوہے کا ٹکڑا عنبیہ کو پھلا دے تو مریض سے کہیں کہ اپنے سر کو اس طرح گھمائے کہ مقناطیسی کشش عنبیہ کی سطح کے متوازی ہو ایسا کرنے سے جسم غریب حدقہ عین میں سے ہو کر خزانہ مقدم میں آ جاتا ہے، پھر اس کو ہم قرنیہ کے کنارے پر شگاف دیکر نکال سکتے ہیں جب جسم غریب عنبیہ یا عدسہ میں ہو تو اپریشن ہی بہتر سمجھا جاتا ہے لیکن اگر زجاجیہ میں ہو تو اس کو نکالنے کے لئے بہتر ہے کہ باہر صلبیہ کے ساتھ مقناطیس لگایا جائے اور جب جسم غریب اس کی وجہ سے کھنچکر صلبیہ کے پاس آ کر اُس کو پھلا دے تو (T) کی شکل کا شگاف دے کر اس کو نکال لیا جائے، اگر یہ جسم غریب لوہا نہ ہو تو اکس ریز کے ذریعہ فوٹو لیکر اس کے مقام کا فیصلہ کریں۔ اور اسی فیصلہ کے لحاظ سے اُس کے نکالنے کی کوشش کریں۔

اگر بہتر طریقہ امتحان سے جسم غریب کے مقام کا صحیح اندازہ ہو جائے، اور صلبیہ کے اندر شگاف ملتحمہ کا پردہ بناتے ہوئے دیدیا جائے تو نتائج عمدہ برآمد ہوتے ہیں بعض حالتوں میں جبکہ مقناطیس لوہے کے ٹکڑوں کو کھینچکر بیرونی سطح کے نزدیک نہ لا سکتا ہو تو مناسب ہے کہ مقناطیس کو قینچی سے ملحق کر کے قینچی کو مقناطیس بنالیں اور اس کو زخم کے اندر غریب جسم تک داخل کریں ایسا کرنے سے غریب جسم اپنے مقام سے ہٹ کر باہر آ جاتا ہے۔

قرنیہ میں مصنوعی سوراخ بنانے کا طریقہ - مصنوعی شگاف کے لئے قرحہ کی درمیانی جگہہ کو منتخب کرنا چاہئے،

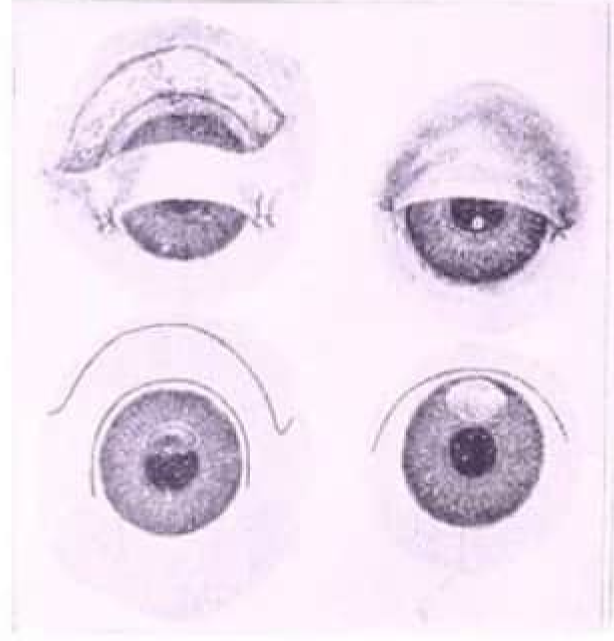
قرنیہ کے محیطی حصّہ میں بھی شگاف بنایا جا سکتا ہے۔ جب رطوبت مائی خارج ہو جائے اور ملتہب عنبیہ قرنیہ کے ساتھ آلگے تو اسوقت مریض کو شدید درد محسوس ہوتا ہے۔ لہذا اگر مریض عصبی المزاج ہو تو اس عمل کے قبل کلوروفارم سونگھا کر اُس کو بیہوش کر لینا چاہئے، مگر جہاں تک ہو سکے کلوروفارم سے اجتناب کیا جائے۔ کیونکہ اس کے سونگھاتے وقت اور بعد میں بھی مریض بہت زیادہ زور لگاتا ہے۔ یا اُسکو قے ہوتی ہے جس کی وجہ سے آنکھ کے ضائع ہو جانے کا خطرہ رہتا ہے لہذا سوائے اشد ضرورت کے کبھی کلوروفارم نہ دیا جائے۔ اور اگر بغیر کلوروفارم دیئے چارہ کار نہ ہو تو کوئی خصوصی علاج

تصویر ۱۹۲/ج

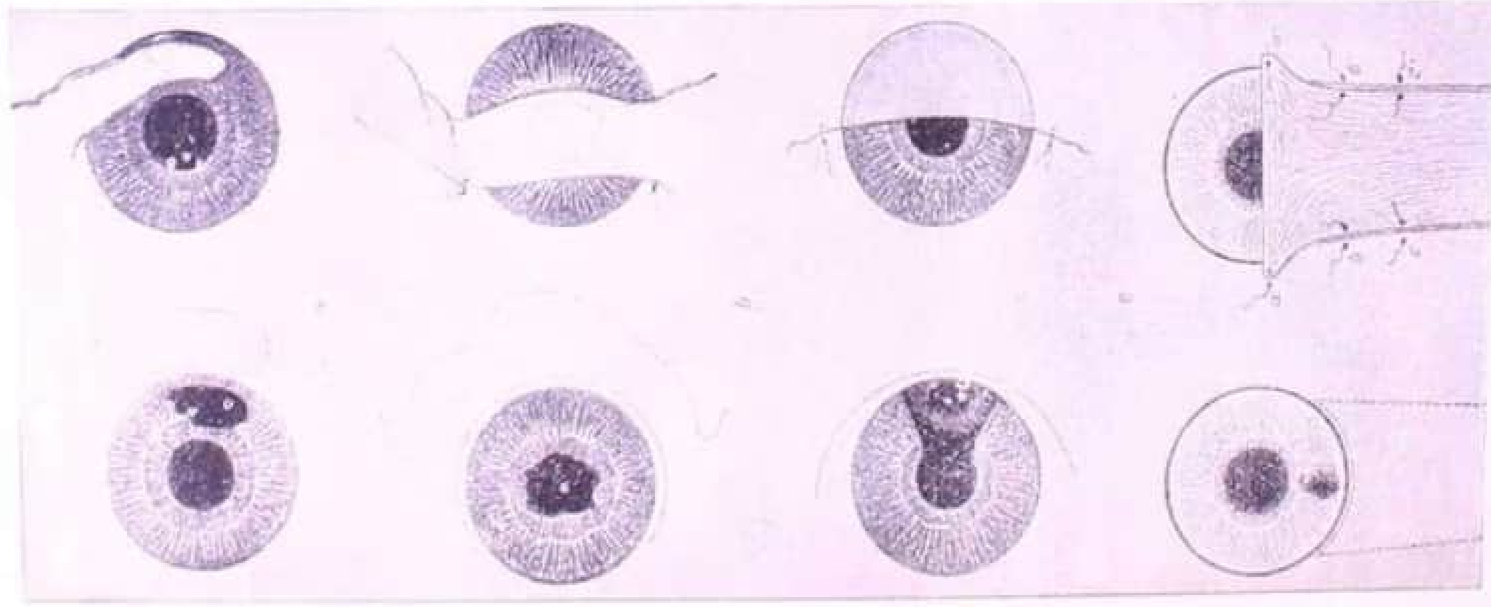
متعلق صفحہ ۹۹۲ کتاب العین

۱ ملتحمہ کا پرت اوپر لاکر اُس کا سینا دو طریقہ پر دیکھایا گیا ہے — زیریں حصہ میں شگاف دیا گیا ہے اور قرنیہ کے اوپر ملتحمہ کو لاکر دونوں کناروں پر سی دیا گیا ہے •

۲ قرنیہ اور اس کے قرحہ کے اندر سوراخ ہوجانےکی صورت میں ملتحمہ کے حصص کو اُس پر لاکر قائم کرنا تاکہ ملتحمہ کا پلٹا ہوا پرت ملتصق ہوکر سوراخ کو بند کردے اور قائم ہوجائے •



۱



۲

اِس عمل کو انجام دے۔

۳ منٹ کے بعد ایک قطرہ ۲ فی صدی کوکین محلول کا آنکھ میں ڈالا جائے اور یہ عمل چار مرتبہ کیا جائے۔ دوا ڈالنے کے درمیانی اوقات میں مریض اپنی آنکھ کو بند رکھے تاکہ قرنیہ کا بشری استر خراب نہ ہو جائے اس کے بعد آنکھ کو بورک محلول نیم گرم یا نمکین سیال سے خوب دھو کر صاف کریں اور مفتاح الجفن کو لگائیں۔ آنکھ کو قائم کرنے والی چمٹی کے ذریعہ قائم کردیں۔ قرنیہ کے محیطی ملتحمہ کی ایک چٹکی کو قائم کرنے والی چمٹی سے پکڑیں، اور چمٹی کو ذرا دبا کر ملتحمہ کے ساتھ صلبیہ کا کچھ حصہ بھی گرفت میں لیں، ورنہ صرف ملتحمہ کو پکڑنے کی صورت میں زور لگانے پر اُس کے کٹ جانے کا اندیشہ ہے، بعض اوقات مریض کی آنکھ کی انعکاسی حرکات سے بھی ایسا ہو جایا کرتا ہے۔ قرحہ کے اندر یا قرنیہ میں شگاف دینے کے لئے چوڑے پھل والی سوئی اختیار کریں۔ وہ سوئی اس کام کے لئے زیادہ بہتر ہے جو آگے سے کچھ دور تک ٹیڑھی ہوتی ہے۔ مثلثی نشتر (Keratome) یا ثقب تجویفی کی سوئی (Paracentesis needle) کو بھی استعمال کر سکتے ہیں۔ اگر شگاف قرحہ کے فرش میں دینا مقصود ہو تو اسی مقام پر نشتر کو اس طرح داخل کریں کہ اس کی سطح قرنیہ کے ساتھ ۴۵ ڈگری کا زاویہ بنا دے۔ اور جیسے ہی نشتر خزانۂ مقدم میں داخل ہو اُس کے رُخ کو اس طرح بدل دیں کہ نشتر قرنیہ کی موخر سطح کے ساتھ لگ جائے۔ اگر ایسا نہ کیا جائیگا تو عدسہ جلیدیہ کی سطح پر جا لگے یا سوئی کے لگنے سے نقصان پہونچنے کا اندیشہ ہے۔ نشتر کو اسی طرح داخل کرتے جائیں یہاں تک کہ شگاف بڑا ہو جائے۔ اس کے بعد اس کو آہستہ سے باہر نکال لیں تاکہ رطوبت مائی نہایت آہستہ آہستہ باہر خارج ہو جائے اگر رطوبت مائی جلد باہر نکلے گی تو عدسہ جلیدیہ کے مجروح ہو جانے کا خطرہ ہے۔ اور آنکھ کے اندر یکایک دباؤ کم ہو جانے کی وجہ سے یکایک نزف الدم کا بھی امکان ہے۔ اس کے علاوہ سوراخ کے اندر سے طبقہ عنبیہ کے باہر نکل آنے کا بھی ڈر رہتا ہے۔ اگر بدقسمتی سے موخر الذکر حالت پیدا ہو جائے تو جسقدر حصۂ عنبیہ کا باہر نکلا ہو اُس کو کاٹ کر الگ کر دیں۔

مذکورہ عمل جب عمدہ طریقہ پر انجام دیا جائے تو رطوبت مائی بہت کم خارج ہوتی ہے۔ اس عمل کے بعد سوا ط سے زخم کے کنارے کو قرنوی محیط کے زیادہ نزدیک دبائیں، ایسا کرنے سے رطوبت نہایت آہستہ آہستہ خارج ہوتی ہے اور آنکھ میں کوئی تکلیف بھی نہیں پیدا ہوتی۔ اگر شگاف محیط قرنیہ کے نزدیک دیا جائے تو اسکو قرنیہ کے کنارے کے ۱ یا ۲ ملی میٹر اندر ہونا چاہئے۔ بالخصوص اُس صورت میں جبکہ خزانۂ مقدم کے اندر ارتشاح صدیدی موجود ہو۔ اس مقام پر مثلثی نشتر کو عنبیہ

کی سطح کے متوازی داخل کریں اور اندر پہونچتے ہی اس کی وضع کو بدل دیں۔

قرحہ قرنیہ کے فرش کو کھرچنے کے بعد ملتحمہ کا پرت لگانے کا طریقہ ۔ قرحہ کے نزدیک ملتحمہ کو محیطی صلبیہ سے علیحدہ کر لیا جاتا ہے۔ اس کے بعد دوسرا متوازی شگاف ملتحمہ میں اتنے فاصلہ سے دیتے ہیں جتنی کہ قرحہ کی چوڑائی ہوتی ہے اب ان دونوں شگافوں کے درمیان کے ملتحمہ کو صلبیہ سے اس طرح علیحدہ کرتے ہیں کہ اس کا اتصال دونوں سروں پر قائم رہتا ہے۔ اس کے بعد ملتحمہ کے چوڑے ٹکڑے کو کھینچکر قرحہ کو ڈھانک دیتے ہیں اور اس کو اسی مقام پر قائم رکھنے کے لئے دونوں طرف یا ایک طرف ٹانکہ لگا دیتے ہیں ۔ صلبی ملتحمہ کا زخم اس کے دونوں سروں کو ملا کر بند کر دیا جاتا ہے۔ کچھ دنوں کے بعد قرحہ کی برہنہ سطح ملتحمہ کی زیرین سطح سے ملکر ایک جان ہو جاتی ہے اور قرحہ مندمل ہو جاتا ہے۔ قرحہ کے اندمال کے بعد بقیہ ملتحمہ کو کاٹ کر الگ کر دیا جاتا ہے۔

قرنیہ میں سوراخ کرنے کے لئے ماہر "زمیش" کا طریقہ ۔ قرحہ میں ایک طرف سے دوسری طرف کو شگاف دیتے ہیں مگر شگاف کے دونوں منہ قرنیہ کے تندرست حصہ میں ہوتے ہیں۔ اگر کوکین محلول ڈالکر یہ اپریشن کیا جائے تو شگاف دیتے وقت جب نشتر عنبیہ کے نزدیک پہونچتا ہے تو شدید درد محسوس ہوتا ہے، لہذا ہمیشہ اس اپریشن کے لئے تخدیر عمومی سے کام لیں یا ملتحمہ کے نیچے کوکین محلول کی تلقیح بھی کریں۔

ضروری آلات ۔ (۱) مفتاح الجفن (۲) قائم کرنے والی چمٹی (۳) گریف نشتر (۴) منقاش عنبی سماقی (بغیر دندانہ والی منقاش عنبیہ) اگر سوراخ کے اندر سے عنبیہ باہر نکل آیا ہو تو دندانہ دار منقاش کی بھی ضرورت ہوتی ہے (۵) مسواط عنبیہ۔

اپریشن کا طریقہ یہ ہے کہ آنکھ میں تخدیر پیدا کرنے کے بعد بورک محلول سے آنکھ کو خوب دھو کر مفتاح الجفن لگا دیں۔ اور قائم کرنے والی چمٹی سے مناسب مقام پر پکڑ کر آنکو قائم کریں۔ گریف نشتر کا سرا تندرست قرنیہ کے اندر قرحہ سے ذرا باہر کی طرف داخل کریں۔ زیادہ مناسب ہے کہ قرحہ کے بڑھتے ہوئے حصہ کے نزدیک ایسا کیا جائے، نشتر کے سرے کو آگے کی طرف اس طرح رکھیں کہ اگر شگاف پورا ہونے سے پہلے عدسہ جلیدیہ آگے کو آجائے تو مجروح نہ ہو۔ بلکہ نشتر کی پشت اس پر منطبق ہو جائے۔ خزانہ مقدم میں پہونچنے کے بعد نشتر کو دوسری طرف اس طرح لے جائیں کہ باہر نکالنے پر نشتر کی نوک قرحہ کے دوسرے سرے پر ظاہر ہو۔ دوسری طرف شگاف کا منہ بھی تندرست قرنیہ میں ہو۔ دوسری طرف نشتر کی نوک کو

نکال کر قرحہ کو اس طرح کاٹ دیا جائے کہ قرنیہ میں سوراخ ہو جائے۔ ایسا کرنے سے خزانہ مقدم کی رطوبت باہر نکل جاتی ہے اور صدیدی ارتشاح بھی خارج ہو جاتا ہے۔ اگر قرحہ بہت بڑا ہو تو ابتدائی اور مقابل دونوں شگافوں کو قرنیہ ہی میں محدود رکھنا ممکن ہو جاتا ہے۔ اس حالت میں بھی دوسری طرف نشتر کی نوک نکال کر قرحہ کو کاٹ دیں۔ شگاف دینے کے بعد اگر معلوم ہو کہ ارتشاح صدیدی لزجیت کی وجہ سے سیال نہیں ہے تو اس کو منقاس یعنی چمٹی سے پکڑ کر نکال لیں۔

طبقہ صلبیہ کے اعمال جراحیہ

شق صلبیہ۔ (Sclerotomy) بعض اقسام کے زرق الماء میں بعض جراح قطع عنبیہ کے بجائے مقدم شق صلبیہ (Anterior sclerotomy) کو کام میں لاتے ہیں۔ مگر زیادہ عام طریقہ ماہرین کا یہ ہے کہ جب قطع عنبیہ مستقل طور پر تو تریمین کو کم کرنے میں ناکام ثابت ہوتا ہے تو شق صلبیہ کا عمل کرتے ہیں۔ (Buphthalmos) استسقاء مقلی کیلئے بھی یہی عمل انجام دیا جاتا ہے۔

اس کے واسطے شگاف شق عنبیہ کے اپریشن کی طرح شروع کیا جاتا ہے، اگر جب قطع عنبیہ کا اپریشن اس آنکھ میں کیا جا چکا ہو تو شگاف کے مقام کو بدل دیتے ہیں۔ اور شگاف دینے میں دوسری طرف چاقو باہر نکال کر پورا صلبیہ کاٹ دینے کے بجائے صلبیہ کا ایک حصہ بغیر کاٹے ہوئے چھوڑ دیتے ہیں۔ اگر شگاف کے دونوں طرفوں میں سے ایک طرف یا دونوں طرف عنبیہ باہر نکل آوے تو اس کو مسواط سے واپس کر دیتے ہیں کسی صورت میں بھی اسکو کاٹنا نہیں چاہئے۔ اس اپریشن کا مقصد "زاویہ ترشیح" کو کھولنا ہے۔ لہذا جسم ہدبی کو محفوظ رکھنے کے خیال سے شگاف جسقدر محیطی ہو بہتر ہے۔

موخر شق صلبیہ۔ (Posterior sclerotomy) (۱) اس عمل کو بعض معالجین زرق الماء کے لئے قطع عنبیہ کے عمل سے پہلے انجام دیتے ہیں اگر تو تریمین بہت زیادہ ہو تو اس کو کم کرنے کے لئے شق صلبیہ کا عمل انجام دیں تاکہ اس دوران میں قطع عنبیہ کے عمل کیواسطے خاطر خواہ تیاری ہو جائے، اس سے یہ فائدہ ہوتا ہے کہ خزانہ مقدم گہرا ہو جاتا ہے۔ اور بعد میں قطع عنبیہ کا عمل بہت زیادہ آسانی سے ممکن ہو جاتا ہے۔

(۲) اس کے علاوہ شبکیہ کے اکھڑنے کے ابتدائی مدارج میں بھی اس عمل کو اختیار کرتے ہیں۔ ایسی صورت میں اپریشن کا مقام شبکیہ کے اکھڑے ہوئے مقام کے مطابق ہوتا ہے اس عمل جراحی میں یہ یاد رکھنے کی ضرورت ہے کہ

صلبیہ میں شگاف دینے کے ساتھ شبکیہ میں بھی سوراخ کرنا ضروری ہے۔

(۳) زجاجیہ کے اندر سے غریب جسم کو نکالنے میں بھی شق صلبیہ کا عمل انجام دیا جاتا ہے۔ بشرطیکہ غریب جسم لوہا ہو اور اس کے نکالنے کے واسطے چھوٹا مقناطیس استعمال کیا جائے۔

شبکیہ کے بیان میں بھی موخر انشقاق صلبیہ کو بیان کیا گیا ہے۔ اگر زرق الماء کے لئے قطع عنبیہ سے پہلے امداد کے طور پر یہ عمل کیا جائے تو شگاف یا زخم صلبیہ کے اندر بیرونی اور زیرین عضلات مستقیمہ کے درمیان ہونا چاہیے۔

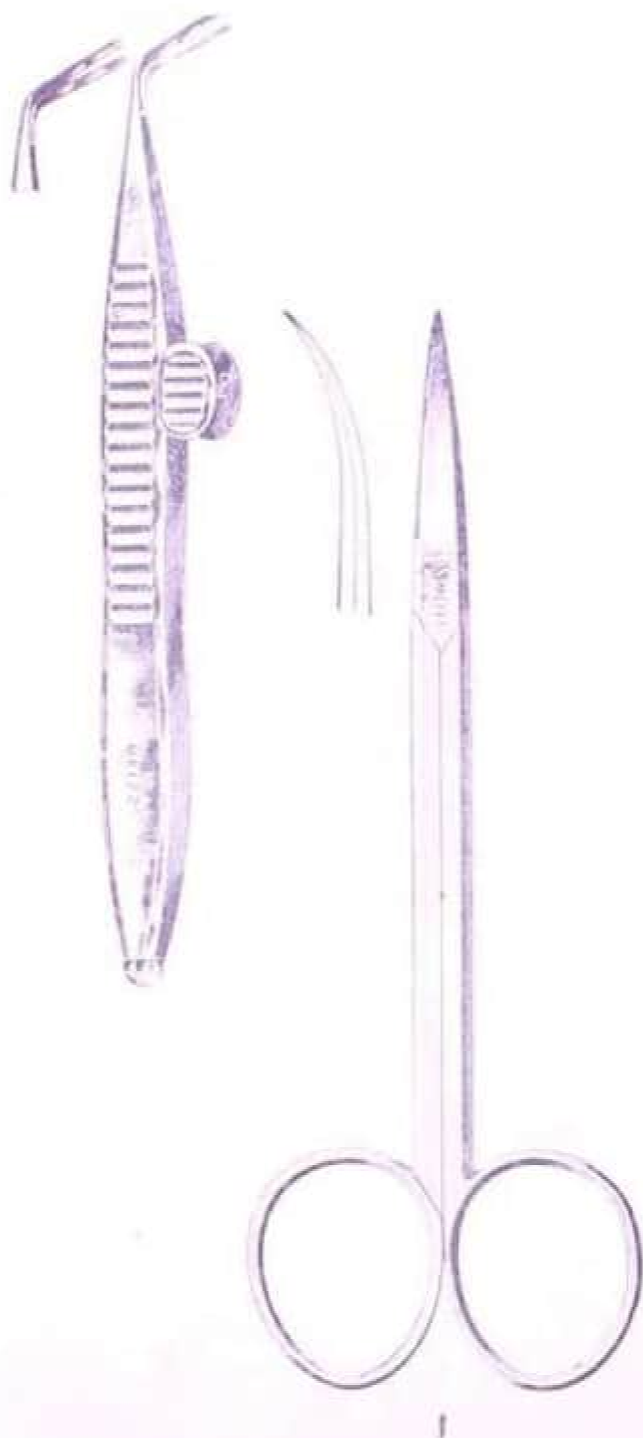
قطع صلبیہ۔ (Sclerectomy) مقدم قطع صلبیہ۔ (Anterior sclerectomy)

یہ عمل جرحی مزمن زرق الماء کے لئے انجام دیا جاتا ہے۔ اس میں صلبیہ کا ایک حصہ کاٹ دیا جاتا ہے۔ زمانہ سابق میں ماہرین اس مقصد کے لئے ماہر "لینگرنگ" کا اپریشن کرتے تھے، اس میں صلبیہ کا کچھ حصہ قینچی سے کاٹ لیا جاتا تھا۔ مگر اب اس کے بجائے عمل تغثب انجام دیا جاتا ہے زرق الماء کے لئے عمل تغثب سب سے پہلے "آرگائیل رابرٹسن" (Argyle-robertson) نے ۱۸۶۶ء میں ایجاد کیا، اس کے بعد فری لیڈ فرگس بالخصوص کرنل ایلیٹ نے از سر نو اسکو رواج دیا، اسی لئے ماہر ایلیٹ کے نام نامی کے ساتھ یہ منسوب ہے۔

یہ اپریشن مزمن زرق الماء اور زمانہ طفلی کے زرق الماء کے لئے مختص ہے، بعض اقسام کے ثانوی زرق الماء کے لئے بھی ماہرین نے اس کی سفارش کی ہے۔ مثلاً جب زرق الماء موتیا بند کے اپریشن کے بعد لاحق ہو یا مقدم انتفاخ قرنیہ کی صورت ہو۔ اس میں مندرجہ ذیل اوزاروں کی ضرورت ہوتی ہے۔

(۱) مفتاح الجفن، (Speculum) (۲) قائم کرنے والی معمولی سیدھی اور ٹیڑھی قسم کی دو چمٹیاں (Straight & curved fixation forceps) (۳) وتری قینچی (۴) مسواط عنبی (Iris repositor) (۵) لینگ کا چاقو (۶) ثقبہ بنانے والا اوزار (۷) سیدھی قینچی (۸) ڈویکر قینچی (۹) سیدھی عنبی چمٹی یا ایلیٹ کی چمٹی (۱۰) سوئیاں اور سوئی کو پکڑنے والا آلہ۔

پہلے آنکھ کو کوکین محلول سے محذر کریں، اس کے بعد ایڈرینالین کے دو قطرے آنکھ میں ڈالیں، ملتحمہ کو خوب اچھی طرح محلول سے دھوئیں، اور مفتاح الجفن کو اجفان کے اندر لگادیں۔ مریض سے کہیں کہ وہ اپنے پاؤں کی طرف دیکھتا رہے اب معالج قائم کرنے والی معمولی چمٹی سے قرنیہ سے ۸ یا ۹ ملی میٹر اوپر ملتحمہ کو پکڑے اور اس مقام سے اوپر قرنیہ کے ہم مرکز شگاف



۱ نوک دار ٹیڑھی قینچی
۲ ماہر ڈویکو کی قینچی جو کہ اسپرنگ سے عمل کرتی ہے

کے ذریعہ ملتحمہ کا ایک پردہ بنائیں اور اس کو نیچے کی طرف قرنیہ تک صلبیہ سے الگ کرلیں، پھر اس کو قرنیہ پر الٹ دیں اور اسی مقام پر قائم کرنے والی چمٹی مسواط عینی کے ذریعہ رکھا رہنے دیں، زیر ملتحمہ ساختوں کو احتیاط سے علیحدہ کریں مگر خیال رکھیں کہ ملتحمہ کے تہ نیچے کو پلٹے ہوئے ٹکڑے میں سوراخ نہ ہوجائے۔ اس طریقہ سے قرنیہ کا کنارہ برہنہ ہوجاتا ہے، اس عمل کو قرنیہ کے اندر بھی جاری رکھا جائے، تاکہ ملتحمی پردے کے ساتھ قرنیہ کے سطحی پرت بھی ۱ سے ۲ ملی میٹر تک چاقو سے کٹ کر اوپر کو اٹھ جائیں، اب اس مقام پر آلہ ثقب کو اس طرح لگائیں کہ تقبہ بنانے والا نصف حصہ قرنیہ پر اور نصف صلبیہ پر رہے، اس آلہ کو گھما کر قرنیہ و صلبیہ کے اندر گول سوراخ بنا دیں جب یہ آلہ خزانہ مقدم میں پہونچتا ہے تو مریض کو درد کا احساس ہوتا ہے۔ رطوبت مائی خارج ہوجاتی ہے اور حدقہ عین اوپر کو اٹھ جاتا ہے، اس وقت آلہ ثقب کو ہٹالیں اس سوراخ میں سے ایک ابھار عنبیہ کو دکھائی دیتا ہے۔ اور ثقبی کٹاؤ سامنے کی طرف آجاتا ہے گویا کہ قرنیہ کے اندر بہ نسبت صلبیہ کے کٹاؤ زیادہ گہرا ہوتا ہے۔ اب عنبیہ اور اس گول کٹے ہوئے حصہ کو باریک عینی چمٹی سے پکڑلیں اور دونوں کو ڈویکر قینچی سے کاٹ کر الگ کر دیں۔ اس صورت میں عنبیہ کے اندر باریک سوراخ کی طرف عنبیہ کے محیطی حصہ میں کٹاؤ ہوتا ہے مذکورہ تمام اعمال میں مددگار کو چاہیے کہ ملتحمہ کے کٹے ہوئے پردے کو نیچے کی طرف کھینچے رکھے، تاکہ اس کے اندر سوراخ نہ ہوجائے ورنہ یہ ایک خطرناک حادثہ ہوگا۔

سوراخ بنانے کے بعد ملتحمہ کے پردے کو اپنی جگہ پر واپس لاکر درمیانی مقام پر ایک ٹانکہ لگا دیں، تاکہ یہ اپنی جگہ پر قائم ہوجائے، اب مفتاح الجفن کو الگ کریں۔ جفن کو زخم کے اوپر سے پلک کے بالوں کو پکڑ کر اٹھائے رکھیں اور اسی طرح جفن کو نیچے لاکر آنکھ بند کرکے پٹی باندھ دیں۔

عمل ثقب کے بعد التہاب عنبیہ فوراً لاحق ہوتا ہے اس لئے اپریشن کے دوسرے روز سے عرصہ تک آنکھ میں ایٹروپین ڈالتے رہیں اس اپریشن کی خرابیاں ذیل میں بیان کی جاتی ہیں۔

(۱) سوراخ بہت زیادہ محیط میں ہو جس کی وجہ سے رطوبت زجاجیہ خارج ہوجائے۔ اور زوائد ہدبیہ زخم کے پچھلے حصہ کی لیفی ساخت میں پھنس جائیں۔

(۲) ملتحمہ کے پردے میں سوراخ ہوجائے۔

(۳) قرنوی و صلبی تقبہ کا خزانہ مقدم کے اندر پہونچنا۔

(۴) زخم کے اندر عنبیہ کا ظاہر نہ ہونا۔ اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ آلہ ثقب کند ہوتا ہے جس کی وجہ سے رطوبت مائی

آہستہ آہستہ خارج ہوتی ہے لہذا عنبیہ زخم کے اندر نہیں آتا۔

بعد کے عوارض حسب ذیل ہوتے ہیں۔

(۱) التہاب عنبیہ۔

(۲) مشیمیہ کا اُکھڑ جانا۔

(۳) عنبیہ، جسم ہدبی، عدسہ، زجاجیہ کی وجہ سے زخم کا بھر جانا۔

(۴) لیفی ندبی ساخت کی دبازت کی وجہ سے ترشح کا نہ ہونا۔

بعض ماہرین سوراخ کرنے والے آلہ کے ذریعہ مقدم قطع صلبیہ کا عمل بھی انجام دیتے ہیں، اس کی ماہر ہورتھ نے آج کل بہت تعریف کی ہے بعض ماہرین، موخر شق صلبیہ کے بجائے موخر قطع صلبیہ کا عمل شبکیہ کے اُکھڑنے کی صورت میں اختیار کرتے ہیں۔

طبقہ عنبیہ کے اعمال جرحیہ قطع عنبیہ - (iridectomy) اس میں عنبیہ کا ایک حصّہ کاٹ کر الگ کر دیا جاتا ہے، اس عمل کی مندرجہ ذیل حالات میں ضرورت ہوتی ہے۔

(۱) جب عنبیہ کسی زخم یا سوراخ کے اندر سے باہر نکل رہا ہو۔

(۲) قرنیہ یا عدسہ کے اندر مستقل سحابی کیفیت ہو تو کسی دوسری جگہ مصنوعی حدقہ بنانے کے لئے۔

(۳) زرق الماء۔ (۴) موتیا بند کے اپریشن میں عدسہ کے نکالنے سے پہلے۔

(۵) حلقہ نما التصاق مؤخر پیدا ہوتے وقت۔ (۶) قرنیہ کی لیفی ندبی ساخت جب باہر کو پھولی ہوئی ہو۔

(۷) عنبیہ کے اندر سے جسم غریب یا کیس یا سلعات کے نکالنے کے واسطے۔

زخم یا شگاف کے اندر سے باہر نکلے ہوئے عنبیہ کو قطع کرنے کا عمل - اس عمل کے لئے مندرجہ ذیل اوزاروں کی ضرورت ہوتی ہے۔

(۱) مفتاح الجفن۔ (۲) مقلہ عین کو قائم کرنے والی چمٹی۔ (۳) عنبیہ کو پکڑنے والی ۲ چمٹیاں

(۴) باہر دیکر کی قینچی۔ (۵) عنبیہ کو واپس کرنے والا مسواط۔

اگر مریض بچہ ہو یا بہت زیادہ عصبی المزاج ہو تو اس کو کلوروفارم سنگھا کر بیہوش کرلیں، ورنہ کوکین ہی کی تخدیر کافی ہوتی

ہے۔ ملتحمہ کو اندر سے خوب دھوئیں، مفتاح الجفن سے اجفان کو ہٹا کر مقابلین کو کھلا رکھیں۔ بائیں ہاتھ میں قائم کرنے والی چمٹی کو لے کر اس کے ذریعہ آنکھ کو ایک خاص مقام پر قائم کریں، مسواط عنبی کو زخم کے اندر عنبیہ اور قرنیہ کے درمیان ڈال کر التصاق کو توڑ دیں بشرطیکہ کوئی التصاق موجود ہو۔ التصاقات اسی قدر مضبوط ہونگے جتنی زیادہ دیر تک عنبیہ باہر کو نکلا رہا ہوگا ممکن ہے کہ یہ التصاقات نہ توڑے جاسکیں، لیکن ایسی صورت میں مناسب طور پر ہم عنبیہ کو نہیں کاٹ سکتے، جس قدر ممکن ہو عنبیہ کو ان التصاقات سے چھوڑا کر قائم کرنے والی چمٹی مددگار کے ہاتھ میں دیدیں، اور باہر نکلے ہوئے عنبیہ کو عنبیہ کی چمٹی سے قرنیہ کے نزدیک تر پکڑ لیں۔ اور زخم کے باہر نکالیں اس کے بعد عنبیہ کی دوسری چمٹی سے قرنیہ کے نزدیک جسقدر بھی ممکن ہو عنبیہ کو اور آگے پکڑیں، اور اس کو باہر کی طرف کھینچیں، اب دائیں ہاتھ میں ڈی ویکر قینچی لے کر عنبیہ کو قرنیہ کے نزدیک سے کاٹ دیں۔ اگر یہ عمل کامیابی کے ساتھ انجام دیا گیا ہو تو عنبیہ کا کٹا ہوا کنارہ سکڑ کر خزانہ مقدم میں واپس چلا جاتا ہے اور زخم سے بالکل الگ ہو جاتا ہے۔ آنکھ میں ایٹروپین ڈالیں۔ مطہر روئی کی گدی رکھکر اوپر سے پٹی باندھ دیں۔

یہ واضح رہے کہ عنبیہ لچک دار ہوتا ہے اور بہت زیادہ باہر کو کھینچا جا سکتا ہے لہذا جس قدر زیادہ ممکن ہو اس کو باہر کھینچ لینا چاہیئے، تاکہ قطع عنبیہ کا عمل تندرست عنبیہ کے اندر واقع ہو۔ اور تمام خراب ملوث حصص کٹ جائیں بعض سرجن قائم کرنے والی چمٹی کو بائیں ہاتھ میں رکھتے ہیں۔ دائیں ہاتھ میں عنبی چمٹی کو پکڑ کر عنبیہ کو باہر نکال لیتے ہیں۔ اور مددگار عنبیہ کو کاٹتا ہے، اس سے یہ فائدہ ہوتا ہے کہ آنکھ اگر یکایک کسی قسم کی حرکت کرے تو معالج اپنے ہاتھوں کو اس کے مطابق کر لیتا ہے۔ بعض اوقات ایسی اچانک حرکات سے پورا کا پورا عنبیہ پھٹ کر باہر نکل آتا ہے۔ کیونکہ عام طور پر یہ ہدبی کنارے پر پھٹتا ہے معمولی حالات میں بڑا خطرہ یہ رہتا ہے کہ کہیں عدسہ مجروح نہ ہو جائے۔

عنبیہ کو قطع کرنے کے بعد ملتحمہ کا ایک حصہ ڈھکن کے طور پر اس سوراخ کے مقام پر لا کر قائم کر سکتے ہیں۔ جس کی زیریں سطح سے قرنیہ کا زخم ملتصق ہو کر ساخت میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ پھر آخر میں ملتحمہ کو کاٹ کر الگ کر دیتے ہیں۔

قطع عنبیہ کا عمل صرف ابتدائی چند دنوں میں ممکن ہوتا ہے۔ جب تک کہ التصاقات پوری طرح نہ بن گئے ہوں۔ اس کے بعد اس عمل کا انجام دینا مناسب نہیں ایسی صورت میں بھی یہ مناسب نہیں ہوتا جبکہ قرنیہ کے اندر سوراخ فراخ ہو کیونکہ اس طرح قرنیہ کے اندر ناصور بن جاتا ہے اور بالآخر آنکھ معصور ہو جاتی ہے توتر عین کم ہو جاتا ہے، آنکھ سکڑ جاتی ہے۔ اگر عنبیہ کا بہت بڑا حصہ باہر نکلا ہو تو اس کا نتیجہ کا سرا تنگ ہوتا ہے ایسی صورت میں کوشش کرنا چاہیئے کہ لیفی ندبی ساخت جیسی بے

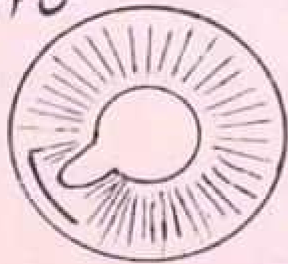
اس کے واسطے بستر پر مریض کو لٹا دیں اور دباؤ والی پٹی عرصہ تک باندھتے رہیں۔

قرنوی کیس کا علاج بھی آرام وسکون اور دباؤ والی پٹی ہے، اگر یہ ناکام ثابت ہو تو اسی کیس یا تھیلی کے اندر سوراخ کر دیں اور اس کا علاج سوراخ دار قرحِ قرنیہ کے مانند کریں۔

مناظری قطع عنبیہ - (Optical iridectomy) یعنی مصنوعی طور پر حدقہ بنانا البعض اوقات مقامی سحابی کیفیتیں قرنیہ یا عدسہ میں ہوتی ہیں، جن کی وجہ سے آنکھ کے اندر روشنی کے داخل ہونے میں رکاوٹ ہوتی ہے۔ اسکے تدارک کے واسطے عنبیہ میں ایک طرف مصنوعی حدقہ عین بنا دیا جاتا ہے، تاکہ قرنیہ اور عدسہ کے شفاف حصہ سے جو کہ اس مصنوعی حدقہ کے بالمقابل واقع ہیں روشنی گذر کر کسی حد تک بصارت کو بڑھا دے، مگر اس عمل سے پہلے بخوبی یہ معلوم کر لینا چاہیے کہ جو ساختیں بصارت سے متعلق ہیں وہ اپنا کام صحیح طور پر انجام دیگی یا نہیں یعنی شبکیہ کا نوری انعکاس وغیرہ صحیح ہے یا نہیں۔ اس عمل میں مندرجہ ذیل امور کا خیال رکھیں۔

(۱) جہاں تک ممکن ہو مصنوعی حدقہ تنگ بنے، تاکہ زیادہ روشنی اندر داخل ہونے سے مریض کو چوندگی شکایت نہ لاحق ہو۔

شکل ۱۹۳



زخم اور عنبی کٹاؤ کی شکل مناظری قطع عنبیہ میں دکھائی گئی ہے۔

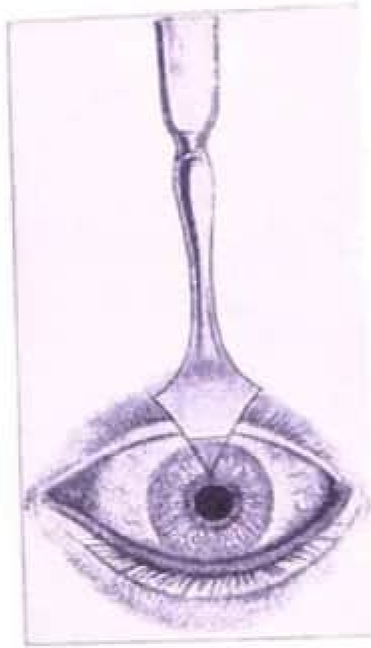
(۲) یہ سوراخ ہدبی کنارے تک نہ پہونچے۔ تجربہ سے جو مقام بہترین سمجھا گیا ہے وہ نیچے اور اندر کی طرف کا ہے، اگر قرنیہ کی کوئی سفیدی میں قرنیہ کے شفاف حصہ کے پیچھے مصنوعی حدقہ بنایا جائے، لیکن جب قرنیہ کا صرف اوپر کا حصہ شفاف ہو تو اس صورت میں مصنوعی حدقہ کا بنانا بیکار ہوگا کیونکہ قرنیہ کا یہ حصہ بالائی جفن سے ڈھکا رہتا ہے۔

اس عمل کے واسطے مندرجہ ذیل اوزار درکار ہوتے ہیں۔

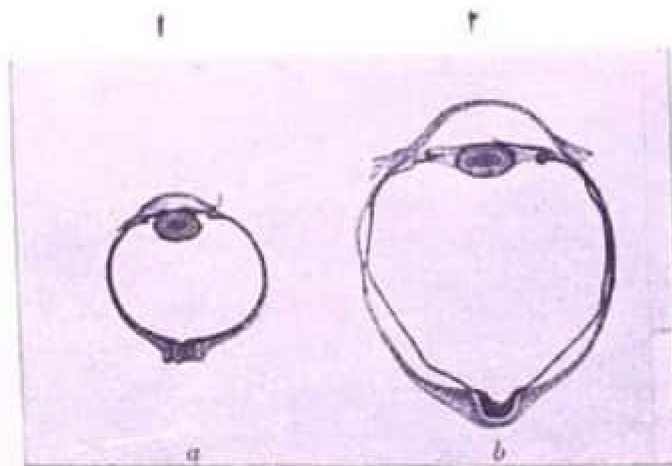
(۱) مفتاح الجفن (۲) قائم کرنے والی دو چٹیاں (۳) ٹیڑھا شلثی قرنوی چاقو (Bent keratome)

(۴) عنبی چمٹی یا عنبی ہک (۵) ڈو یکر قینچی (۶) سواط عنبیہ

آنکھ میں تخدیر پیدا کرنے کے بعد شلثی چاقو سے قرنوی وصلبی ظاہری جار اتصال پر یا اس کے ذرا اندر کی طرف ایک شگاف دیں۔ مگر چاقو کی نوک اور سطح عنبیہ کے متوازی رکھیں، چاقو کو اندر کرتے جائیں تاکہ کافی اندر تک چلا جائے

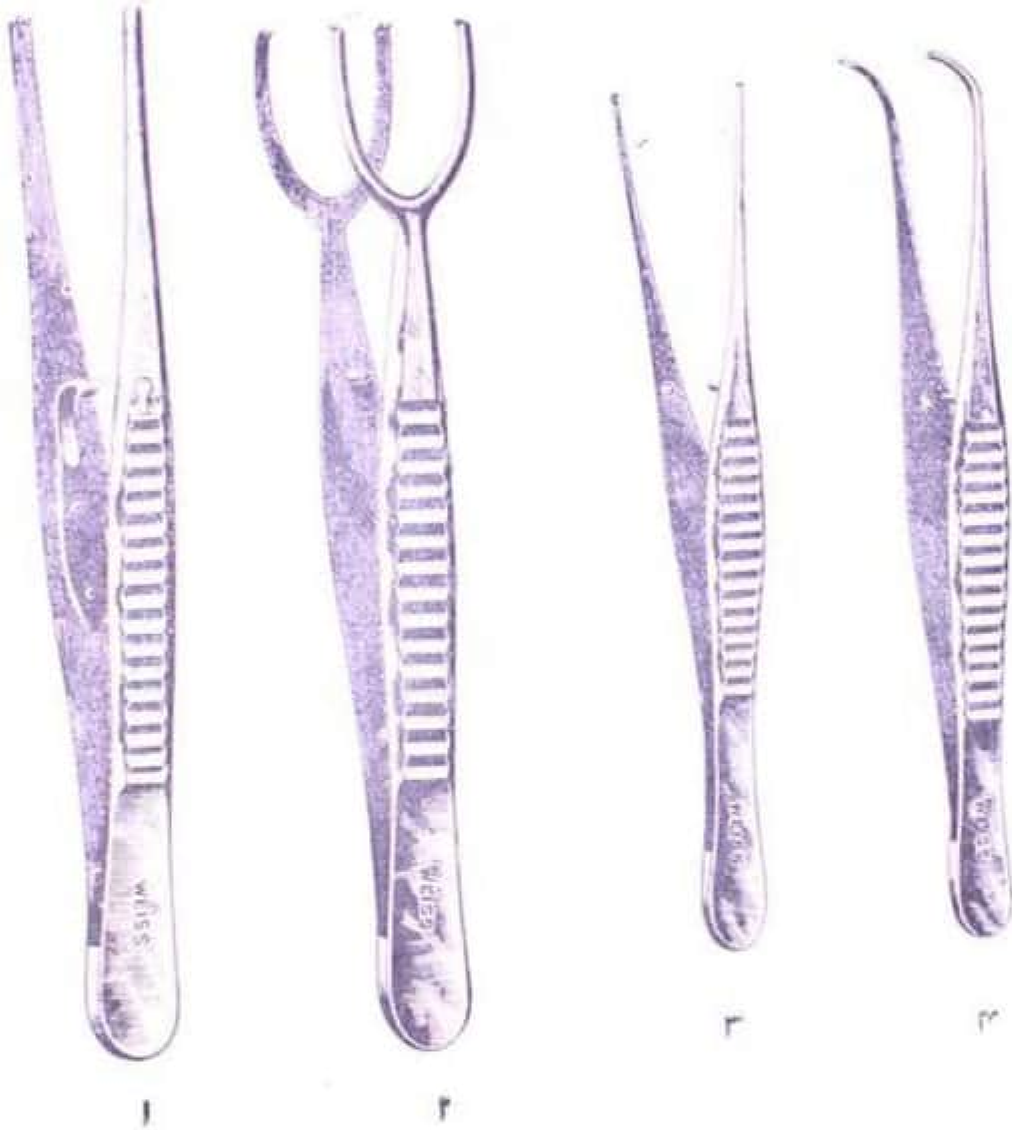


مشینی چاقو کے ذریعہ قرنیہ میں شگاف دیا جا رہا ہے



(۱) نوزائیدہ بچے کی آنکھ کا طبعی حجم ۔

(۲) استسقاء مقلۂ عین ۔



۱ ۲

۱ ماہر فرانسس کی قائم کرنے والی چمٹی

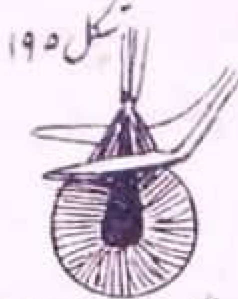
۲ ماہر ستوف فیلاک کی قائم کرنے والی دو شاخ والی چمٹی جس سے ملتحمہ کی دونوں اطراف قائم کی جاسکتی ہیں

۳ عدسیہ کی سیدھی چمٹی

۴ عدسیہ کی ٹیڑھی چمٹی

اور اس چاقو کے دستہ کو ذرا پیچھے اور نیچے کی طرف دبائیں، تاکہ اس کی نوک سے عدسہ مجروح نہ ہو جائے۔ اب اسکو آہستہ آہستہ باہر نکال لیں۔ اس کے بعد اسی زخم کے راستہ سے ملتی چمٹی کو اندر لے جائیں اور اندر ہی اسکو ذرا سا کھولکر حدقی کنارے کے پاس آہستہ سے عنبیہ کو پکڑ لیں اور باہر کو لے آئیں یا عنبیہ کو اس کے بجائے عنبی ہک کے ذریعہ باہر کھینچیں یہ طریقہ بہتر ہے کیونکہ اس سے سوراخ بہت چھوٹا بنتا ہے۔ عنبیہ کو باہر کھینچنے کے بعد ڈو یکر قینچی سے اس کا ایک حصہ کاٹ دیں اگر قینچی کے پھلوں کو عنبیہ کے قطر کے متوازی رکھیں تو سوراخ تنگ اور چھری کی طرح لمبا بنتا ہے۔ پھر زخم سے عنبیہ کو چھڑا کر سواط کے ذریعہ اندر کر دیں اور ایٹروپین محلول آنکھ میں ڈالکر پٹی باندھ دیں یا آنکھ کے اندر ہتھرایٹروپین مرہم لگا دیں۔





شکل ۱۹۵

مذکورہ وضع میں زاویہ کا منہ بناتے ہوئے ڈویکر قینچی کے پھلوں کو رکھکر قطع عنبیہ کا عمل دکھایا گیا ہے۔ پہلے طریقہ سے قطع عنبیہ تنگ ہوتا ہے جو مناظری قطع عنبیہ کیلئے زیادہ موزوں ہے اور چھوٹی موتیا بند کے قطع عنبیہ میں زیادہ مناسب ہے۔

زرق الماء کیلئے قطع عنبیہ کا عمل۔ اس صورت میں عمل جرحی کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ خزانہ مقدم کا زاویہ ترشح اسقدر کھل جائے کہ خزانہ مقدم سے لمفاوی ترشح کافی ہونے لگے اور توترعین اپنی طبعی حالت پر آجائے۔ لہذا اس میں قطع عنبیہ کا عمل ہدبی کنارے تک ہونا ضروری ہے۔ اس کے علاوہ عنبیہ کا قطع محیطی حصہ میں چوڑا ہونا چاہئے۔ یہ اپریشن زرق الماء حاد میں موثر ثابت ہوتا ہے، ہم پہلے بھی بیان کر چکے ہیں کہ عنبیہ ہدبی کنارے پر سے پھٹا کرتا ہے کیونکہ یہ جگہ سب سے زیادہ پتلی ہوتی ہے۔

مزمن زرق الماء میں یا جب مزمن زرق الماء میں حاد حالت پیدا ہو جائے یا تحت الحاد زرق الماء میں عنبیہ اپنے محیطی حصہ پر مضبوطی کے ساتھ قائم ہوتا ہے اور جب ہم عنبیہ کو پھاڑتے ہیں تو یہ صحیح مقام یعنی ہدبی کنارے پر سے نہیں پھٹتا بلکہ اور دوسرے مقام سے پھٹتا ہے اسی لئے عمل ترشح میں اس سے کوئی مدد نہیں ملتی۔

زرق الماء کی حاد حالت میں قطع عنبیہ کے لئے ضروری ہے کہ (۱) کاٹنے کا عمل عنبیہ کے محیطی حصہ میں ہو، (۲) خوب چوڑا ہو۔ سابقہ بیان سے ظاہر ہوتا ہے کہ بہت زیادہ محیطی کٹاؤ صادق حاد زرق الماء میں نہ ہونا چاہئے اس کی زیادہ اہمیت مزمن زرق الماء میں ہوتی ہے کیونکہ حاد میں تو عنبیہ خود ہی اس مقام سے پھٹتا ہے۔

حاد زرق الماء، یا مزمن زرق الماء جس میں حاد حالت پیدا ہو گئی ہو، ان دونوں میں قطع عنبیہ کے لئے تخدیر عمومی

کی ضرورت ہوتی ہے۔ کیونکہ توتر ترین کے بڑھے ہونے کی حالت میں مقامی تخدیر پیدا کرنے میں کوکین محلول کا کافی انجذاب قرنیہ میں نہیں ہوتا۔ ایسی صورت میں ظاہر ہے کہ عنبیہ میں تو اور بھی کم تخدیر پیدا ہوگی۔ اس کے علاوہ ان حالتوں میں مریض کے اندر درد و تکلیف کے برداشت کرنے کی طاقت بھی کم ہو جاتی ہے۔ ان میں سے بعض مریض بالخصوص مزمن التہاب عنبیہ والے مریضوں کے قطع عنبیہ میں کوکین محلول کے ساتھ نووکین کی زیر ملتحمہ تبیخ سے بھی ہم تخدیر میں مدد حاصل کر سکتے ہیں۔

۲ فی صدی محلول نووکین کے چند قطرے جہاں پر اپریشن کرنا ہو اس کے محیطی قرنوی حصہ کے ملتحمہ کے نیچے تبیخ کر دیں اور ۵ منٹ تک انتظار کرنے کے بعد اپریشن شروع کریں، اگر مزمن زرق الماء ہیں تو ترین بہت زیادہ ہو تو مقامی تخدیر کافی ہوتی ہے۔

ضروری اوزار۔ (۱) مفتاح الجفن (۲) قائم کرنے والی چمٹی دو عدد (۳) کم چوڑے پھل والا گریف کا موتیا بند والا چاقو، (Narrow graefe cataract knife) (۴) عنبی چمٹی (۵) ڈو یکر قینچی۔ اوپر کی طرف عنبیہ کو کاٹنے کے لئے ماہر لافورڈ کا مفتاح الجفن (Lawford's speculum) یہ ماہر لینگ کے مفتاح الجفن (Lang's speculum) سے زیادہ بہتر ہوتا ہے۔

سرجن کو مریض کے سر کی طرف کھڑا ہونا چاہئے، دائیں ہاتھ سے دائیں آنکھ میں اور بائیں ہاتھ سے بائیں آنکھ میں شگاف دیں۔ اور اگر صرف دایاں ہاتھ استعمال کرنا ہو تو مریض کے سر کی طرف کھڑے ہو کر دائیں ہاتھ سے دائیں آنکھ میں شگاف دیں اور بائیں آنکھ میں شگاف دینے کے لئے مریض کے بائیں طرف سامنے کو کھڑا ہو کر دائیں ہاتھ کو استعمال کریں، اجفان کو دھو لینے کے بعد ملتحمہ کو خوب صاف کریں، اجفان کو ایمفری صابن سے صاف کر کے بورک محلول یا نمکیں سیال سے خوب دھوئیں، اس کے بعد ملتحمہ کو صاف کر کے مفتاح الجفن کو اجفان کے اندر قائم کر دیں، بائیں ہاتھ میں قائم کرنے والی چمٹی لیکر آنکھ کو محیطی قرنوی حصہ کے ذرا باہر اور نیچے کی طرف اس سے پکڑ کر قائم کریں، مگر یہ بائیں آنکھ کے لئے بیان کیا گیا ہے، دائیں آنکھ کے لئے اندر اور نیچے کی طرف پکڑیں، یہ خیال رکھیں کہ آنکھ کو اسی جگہہ پر قائم رکھیں اپریشن کے دوران میں گھما نہ دیں۔ دائیں ہاتھ میں چاقو لیں مگر اس کا کند پہلو سرجن کی طرف نہ ہو۔ یہ زبردست غلطی ہوگی اگر چاقو کا کند پہلو سرجن اپنی طرف رکھکر آنکھ کے اندر نشتر کو داخل کرے گا، کیونکہ اسکو نکال کر پھر داخل کرنا پڑیگا۔ چاقو کا پھل عنبیہ کی سطح کے متوازی ہو، اب اسکو قرنوی صلبی جا اتصال سے کم از کم ایک ملی میٹر اور مزمن زرق الماء میں دو ملی میٹر باہر کی

طرف ہٹا کر داخل کیا جائے ۔ اس کا مقام گھڑی کے ڈائل کے مطابق ۱۲ بجنے میں ۸ منٹ کے نقطہ پر ہونا چاہیئے۔ جب نشتر خزانہ مقدم میں پہونچے گا تو قرنیہ و جلیبیہ کے اندر موجود ہونے کی حالت سے زیادہ روشن نظر آوے گا۔ اگر چاقو زیادہ روشن نظر نہ آوے تو ہوسکتا ہے کہ غلطی سے اس کو قرنیہ کے اندر داخل کر دیا گیا ہو اور خزانہ مقدم میں بالکل ہی نہ داخل ہوا ہو جب صحیح طور پر نشتر خزانہ مقدم میں پہونچ جائے تو ٹھیک اُس کے بالمقابل ۱۲ بجکر ۴ منٹ کے نقطہ پر چاقو کو باہر نکالنے کے لئے دوسرا شگاف دیں۔

حادز رق الماء میں خزانہ مقدم بہت گہرا ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے بعض اوقات اس کے اندر دوسری طرف چاقو کا لیجانا بہت مشکل ہوتا ہے۔ اگر عنبیہ یا عدسہ مجروح ہو جائے تو یہ بڑی غلطی ہوگی۔ خزانہ مقدم کا سب سے گہرا حصہ محیط میں ہوتا ہے اس لئے چاقو کی نوک کو محیط پر سے دوسری طرف لے جانا آسان ہوتا ہے۔ بشرطیکہ تیزی سے کام لیتے ہوئے نرمی کے ساتھ چاقو کی پشت کے ذریعہ عنبیہ کو راستے سے ہٹا دیا جائے، جب چاقو کی نوک باہر نکل آوے تو اُس کو اور باہر ۲ ملی میٹر تک نکال لیں، اور آرے کی طرح اِدھر سے اُدھر آہستہ آہستہ اسکو حرکت دیتے ہوئے قرنوی و جلیبی جا اتصال کے ساتھ ساتھ اوپر کی طرف لیجائیں، اگر چاقو تیز ہو تو نہایت خفیف دباؤ کی ضرورت ہوتی ہے، اِدھر سے اُدھر آرے کے مانند حرکات کا عمل میں لانا ضروری ہے، کیونکہ تیز سے تیز چاقو بھی اگر سطح کے خلاف زور کے ساتھ دبایا جائے تو بھی یہ جگہ کٹنے میں نہیں آتی، ان حرکات کا یہ بھی فائدہ ہوتا ہے کہ شگاف قرنیہ و جلیبیہ کے ظاہری جا اتصال سے جب ایا ۲ ملی میٹر باہر رہے تو دونوں طرف سے ملتحمہ کا کچھ حصہ کٹ جاتا ہے اور آخر میں وسط میں اس کا کچھ حصہ بغیر کٹے ہوئے رہ جاتا ہے اب چاقو کا تیز کنارہ سامنے کی طرف کرلیں اور ان ہی حرکات سے ملتحمہ کا کچھ حصہ بطور پردہ کے کاٹ لیں

اس دوران عمل میں یہ خیال رکھیں کہ قائم کرنے والی چمٹی کی نوک مقلہ عین کو اندر کی طرف نہ دبا رہی ہو۔ شگاف کی طرف بہت زیادہ متوجہ ہو جانے کی صورت میں ایسا ممکن ہوتا ہے۔ اندر کی طرف دباؤ سے یہ خطرہ رہتا ہے کہ عدسہ کا جزئی خلع ہو جاتا ہے یا عدسہ بالکل باہر کی طرف نکل پڑتا ہے، اب مددگار سے کہیں کہ آنکھ کو قائم کرنے والی چمٹی کے ذریعہ قائم کئے رہے اور ساتھ ہی اس کے نیچے کی طرف کھینچے، اس میں زیادہ سمجھ اور تجربہ کی ضرورت ہوتی ہے، اگر آنکھ کو بالکل نیچے کھینچ لیا جائے تو زخم کے لب کھل جاتے ہیں۔ لہذا آنکھ کو نیچے اور پیچھے کی طرف کھینچیں اور یہ عمل قائم کرنے والی چمٹی کی صرف نوک کے ذریعہ انجام دیا جائے۔

سرجن عینی چمٹی بائیں ہاتھ میں لیتا ہے اور دوسری قینچی دائیں ہاتھ میں، مطہر روئی کے پھوئے سے مددگار نہایت احتیاط کے ساتھ ملتحمہ کا کٹا ہوا حصہ نیچے کی طرف قرنیہ پر پلٹ دیتا ہے بشرطیکہ پہلے یہ چاقو کی پشت کے ذریعہ نہ پلٹ دیا گیا ہو اس کے بعد عینی چمٹی بند کر کے زخم کے اندر داخل کی جاتی ہے۔ یہاں تک کہ اس کی نوک ہر بی اور حدقی کنارے تک پہونچ جاتی ہے، قرنیہ کے عمودی قطر سے ذراہٹ کر چمٹی کو کھولتے ہیں اور عنبیہ کو پکڑ کر باہر کو لے آتے ہیں چمٹی کے دائیں جانب سے عنبیہ کو کاٹتے ہیں، گویا کہ یہ عینی کٹاؤ کا دایاں کنارہ بنتا ہے۔ اس کے بعد عنبیہ کو کھینچکر بائیں طرف لے جاتے ہیں۔ اس حرکت سے عنبیہ اپنے ہر بی کنارے پر سے پھٹ جاتا ہے، پھر اسکو دائیں طرف کھینچتے ہیں تاکہ یہ شگاف کے بائیں کنارہ میں نہ پھنس جائے اور آزاد کنارے کو قینچی سے کاٹ دیتے ہیں، اس کٹاؤ سے مصنوعی حدقہ کا بایاں کنارہ بن جاتا ہے۔

اب سرجن آنکھ کو اپنی جگہہ پر قائم رکھتے ہوئے مسواط کو زخم کے اندر داخل کرتا ہے، اور اسکو قرنیہ و عنبیہ کے درمیان ایک طرف کو اور اس کے بعد دوسری طرف کو لے جاتا ہے، اور شعاعی طریقہ پر آہستہ آہستہ باہر سے مرکزی طرف مسواط سے عنبیہ کو درست کرتا ہے، اسی طرح دوسری طرف بھی مسواط سے عنبیہ کو اپنی جگہہ پر درست کرتا ہے۔ اپریشن کا یہ حصہ بہت مشکل اور نہایت ضروری ہے، جب حدقہ عین اپنی قدرتی حالت میں ہو گول دکھائی دے اور کٹا ہوا حصہ صاف نظر آوے تو اس کے معنی یہ ہیں کہ مصنوعی حدقہ کے عینی کنارے کہیں پر پھنسے ہوئے نہیں رہ گئے، اب ملتحمہ کا کٹا ہوا حصہ جو اب تک پلٹا ہوا قرنیہ پر رکھا ہوا تھا اسکو مطہر روئی کے ذریعہ ملتحمہ کے اوپر اپنی طبعی حالت میں واپس لے جائیں۔ مگر خیال رکھیں کہ کہیں یہ اپنے اوپر ہی لپٹ کر نہ رہ جائے۔

اس کے بعد مددگار مفتاح الجفن کو الگ کر دیتا ہے اگر کچھ منجمد خون موجود ہو تو روئی کے پھوئے سے صاف کر لیتا ہے مددگار کو چاہئے کہ مفتاح الجفن کو الگ کرنے کے بعد بالائی جفن کو پلٹے رکھے تاکہ اس کی وجہ سے ملتحمہ کا حصہ پھر اپنے مقام سے ہٹ کر نیچے نہ چلا آوے، اس کا خیال رکھتے ہوئے آہستہ سے جفن کو چھوڑ دیں اور روئی کا پیڈ آنکھ پر رکھکر پٹی باندھ دیں۔ پٹی دونوں آنکھوں پر باندھ دی جائے دو روز کے بعد تندرست آنکھ پر کی پٹی کھول دی جائے۔ خاص عوارض جو اس آپریشن کے سلسلہ میں پیدا ہوتے ہیں ذیل میں درج کئے جاتے ہیں۔

(۱) خزانہ مقدم میں نزف الدم کا ہونا۔ عموماً یہ خطرناک نہیں ہوتا مگر تکلیف دہ ضرور ہے۔

(۲) بعض اوقات عدسہ مجروح ہو جاتا ہے جس کی وجہ سے بعد میں اس مقام پر سحابی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔

(۳) آنکھ کے اندر شدید نزف الدم کے لاحق ہونے کی وجہ سے بعض اوقات عدسہ باہر کو نکل آتا ہے، اور کبھی اسکے ساتھ زجاجیہ وشبکیہ بھی باہر نکل آتا ہے بعض سرجن اس عمل میں مثلثی چاقو استعمال کرتے ہیں۔ بعض صرف ایک گناؤ سے عنبیہ کو کاٹتے ہیں، اس صورت میں قینچی کے پھلوں کی وضع چمٹی کے ساتھ زاویہ قائمہ کی ہوتی ہے۔ مگر مشکل اس میں یہ پیش آتی ہے کہ محیطی طور پر گناؤ کا ہونا دشوار رہتا ہے۔

علاج مابعد۔ مریض کو سکون کے ساتھ بستر پر لٹائے رکھیں، روزانہ آنکھ کھولکر دھونے کے بعد پٹی باندھی جائے، جب تک عوارض کا ظہور نہ ہو ایٹروپین نہ استعمال کی جائے۔

عوارض۔ (۱) عدسہ کا باہر نکل آنا جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ شگاف بڑا ہوتا ہے۔

(۲) مریض کی آنکھ میں چوٹ لگنا، ایسا عام طور پر سونے کی حالت میں ہوتا ہے۔

(۳) آنکھ کے اندر شدید نزف الدم۔

(۴) خزانہ مقدم کے از سرنو قائم ہونے میں دیر لگنا بعض اوقات اس کے از سرنو قائم ہونے میں کئی دن لگ جاتے ہیں، حالانکہ ایسا نہ ہونا چاہئے مگر اس سے کوئی خرابی نہیں واقع ہوتی۔

(۵) زخم باہر کو بھول سکتا ہے جس کے اندر ممکن ہے کہ عنبیہ بھی باہر کو نکلا ہوا ہو یا نہ نکلا ہو۔ ممکن ہے کہ عینی گناؤ کے کنارے زخم میں پھنس جائیں۔

(۶) کیس کے مانند یعنی ندبی ساخت پیدا ہو جائے۔ مزمن زرق الماء میں آپریشن کے بعد اس کا پیدا ہونا کچھ نقصان دہ نہیں مگر اس سے یہ خطرہ رہتا ہے کہ التہاب عینی ہدبی نہ شروع ہو جائے۔ اس کی وجہ سے آنکھ کے اندر عدوی کا پہونچنا اور التہاب کل العین کا ہونا بھی ممکن ہے۔

(۷) بعض اوقات زخم کا پھولا ہوا ہونا عدسہ کے جزئی خلع کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں اس کو اگر نکالنا پڑے تو بڑی مشکل کا سامنا ہوتا ہے۔

(۸) عدسہ اگر چاقو سے مجروح ہو جائے تو ضربی نزول الماء پیدا ہو جاتا ہے، جس کے واسطے اپریشن کی ضرورت پڑتی ہے۔

شق عنبیہ - بغیر کسی حصہ کے کاٹنے کے عنبیہ کے اندر صرف شگاف دینا۔ (Iridotomy) اس عمل کو اُس وقت انجام دیا جاتا ہے جبکہ طبعی حدقہ عین بند ہوگیا ہو یا عنبیہ کے کھنچکر زخم کے اندر آجانے کی وجہ سے عبنی کناڈ کے کنارے زخم کے اندر پھنس جائیں اس عمل جرحی کا طریقہ ذیل میں درج کیا جاتا ہے۔

قرنیہ کے محیطی حصہ کے نزدیک مناسب مقام پر ۳ یا ۴ ملی میٹر چوڑا شگاف مثلثی چاقو کے ذریعہ دیا جائے۔ اس کے واسطے صدغی جانب زیادہ مناسب ہوتی ہے۔ اس شگاف کی سمت اور مقام اُس مقام سے مطابق ہو جہاں پر طبقہ عنبیہ میں سوراخ کرنا منظور ہو۔ اس کی رفتار شعاعی ہوگی اس سے عبنی قینچی کو کھولنا اور بند کرنا آسان ہوتا ہے اور شگاف کے لب بھی مجروح نہیں ہوتے۔ ڈویکر قینچی جس کا ایک پھل نوک دار ہو زخم کے اندر سے خزانہ مقدم میں بند کرکے لیجاتے ہیں۔ نوک دار پھل عنبیہ کے اندر دور کے ساتھ گذارتے ہوئے افقی طور پر آگے بڑھاتے ہیں۔ اس کے بعد دونوں پھلوں کو بند کردیا جاتا ہے۔ اس کناڈ سے عنبیہ کے کھنچے ہوئے الیاف کٹ جاتے ہیں اور اس کے بعد سکڑ جاتے ہیں۔ جس سے مصنوعی طور پر بیضوی سوراخ بن جاتا ہے۔

اس عمل کو "زیگلر" کے چاقو (Ziegler's sickle knife) سے آرہ کے مانند حرکات کے ذریعہ بھی انجام دے سکتے ہیں۔

بعض اوقات مثلثی چاقو سے شگاف دینے کے بعد اس کے اندر سے ہک کے ذریعہ عنبیہ کو کھینچکر کاٹتے ہیں۔ اس سے بھی حدقہ عمدہ بنتا ہے، مگر اس طرح عنبیہ کا ایک حصہ گویا کہ کٹ جاتا ہے۔ بغیر کسی حصہ کے کاٹے ہوئے عنبیہ کے اندر مصنوعی حدقہ بنانے کی کوشش عموماً ناکام ہوتی ہے، حلقہ نما موخر التصاق کی حالت میں جبکہ عنبیہ باہر کو پھولا ہوتا ہے تو اس کو دُرست کرنے کے لئے شق عنبیہ کا عمل کیا جاتا ہے جس کے واسطے نزول الماء والا گریف کا نشتر استعمال کرتے ہیں۔ جس کا طریقہ یہ ہے کہ خزانہ مقدم میں اس نشتر کو لیجاکر عنبیہ کے اندر ایک طرف سے سوراخ کرتے ہوئے گذارتے ہیں اور پھر دوسری طرف عنبیہ و قرنیہ دونوں میں سے اس کو نکالتے ہیں، اس کے بعد قطع عنبیہ کا عمل ان سوراخوں کو التہابی انصباب کے بند کردینے سے پہلے انجام دیتے ہیں۔ یہ سوراخ انصبابی ترشح سے بہت جلد بند ہوتا ہے۔

مقدم الصاقات کا قطع کرنا بھی ایک حیثیت سے شق عنبیہ کا عمل کہا جاسکتا ہے۔

عدسہ کے متعلق اعمالِ جراحیہ

عمل ابرہ - عدسہ کو سوئی کے ذریعہ مجروح کرنا یعنی اُسکے غلاف کو شق کرنا

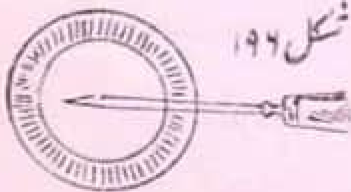
Discission or needling

یہ عمل پندرہ سال کی عمر کے بعد شاذونادر ہی کیا جاتا ہے

بعض حالتوں میں ۲۰-۲۵ سال کی عمر تک اسکو کرسکتے ہیں لیکن اس عمر میں عدسہ کا نویہ تکلیف دہ ہوتا ہے۔ چھٹے پرت والے موتیابند کیلئے یہ عمل مناسب ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ بعض خلقی موتیابند یا شدید قصر بصر کی حالت میں بھی بہتر ہوتا ہے، نزول الماء کے اپریشن کے بعد موٹے ثانوی موتیابند کے قطع کرنے کے لئے بھی ماہرین اسکو انجام دیتے ہیں۔ طفلی نزول الماء خود میں کلوروفارم سے مریض کو بیہوش کرنے کی ضرورت ہوتی ہے حالانکہ کوکین محلول کے ڈالنے سے بھی کوئی درد نہیں ہوتا۔ مگر بچوں میں چونکہ بغیر عمومی تخدیر کے اس عمل کا انجام دینا ممکن نہیں ہوتا اس لئے کلوروفارم سے بیہوش کرنے کی ضرورت پڑتی ہے، اس اپریشن سے پہلے ایٹروپین ڈال کر حدقہ عین کو کامل طور پر منبسط کرلینا چاہیئے۔

ضروری اوزار۔ (۱) مفتاح الجفن (۲) قائم کرنے والی چمٹی (۳) موتیابند کی سوئی (Cataract needle) بعض ماہرین چوڑے کاٹنے والے پھل کی سوئی استعمال کرتے ہیں۔

اگر دن کی روشنی میں عدسی سحابی کیفیت نظر نہ آوے تو اندھیرے کمرے میں تنویر مصنوعی کے ماتحت اس عمل کو انجام دیا جائے۔ سرجن مریض کے سر کی طرف کھڑا ہو۔ ملتحمہ کو حسب دستور خوب دھوکر صاف کریں۔ اس کے بعد مفتاح الجفن سے اجفان کو کھولدیں اور مقلہ عین کو نیچے و اندر کی طرف پکڑ کر قائم کردیں۔ چمٹی سرجن کے بائیں ہاتھ میں ہو۔ موتیابند کی سوئی کو محیطی قرنوی حصہ کے باہر قرنوی صلبی جائے اتصال سے گذار کر خزانہ مقدم میں داخل کریں۔ سوئی کو داخل کرنے کا مقام قرنیہ کے افقی قطر سے زیادہ اوپر واقع ہو۔ سوئی عنبیہ کی سطح کے متوازی داخل کی جائے، اور خزانہ مقدم میں بالکل مقابل جانب لے جائی جائے، یہاں تک کہ حدقہ کے نچلے سرے تک پہونچ جائیں۔ اسوقت سوئی کے دستہ کو ذرا اوپر کو اسقدر اُٹھائیں کہ غلاف عدسہ کے اندر



شکل ۱۹۶

عمل ابرہ کو ایک سوئی کے ذریعہ انجام دینے کا طریقہ۔

سوئی داخل ہوجائے۔ پھر اس دستہ کو اس طرح حرکت دیں کہ دستہ اور سوئی کی نوک ایسے دائرے کی قوس کے اندر حرکت کریں جس کا مرکز قرنوی صلبی جائے اتصال کے اُس نقطہ پر ہو جہاں سے سوئی داخل کی گئی ہے۔ اس طرح کرنے سے ایک منحنی کم و بیش عمودی شگاف غلاف عدسہ میں ہوجائیگا۔ اب دوسرا شگاف اس پہلے شگاف سے ٹھیک زاویہ قائمہ بناتے ہوئے دیا جائے۔ اس کے واسطے سوئی کو ذرا باہر کی طرف کھینچیں، تاکہ وہ عدسی غلاف سے نکل آوے۔ اب لے حدقہ کے بائیں طرف سے جائیں اور اس کے دستہ کو کسیقدر اوپر کی طرف اٹھاکر گھمائیں تاکہ سوئی کی دھار غلاف کے ساتھ لگجائے۔ اسوقت اگر آہستہ آہستہ سوئی کو باہر نکالا جائے تو عدسی غلاف کے اندر ایک افقی شگاف ہو جائیگا۔ جب یہ شگاف کافی بڑا ہوجائے تو سوئی کے دستہ کو نیچے دبائیں۔ تاکہ اس کی کاٹنے والی دھار اوپر کی طرف ہوجائے۔ اب سوئی کو جلدی کے ساتھ نکال لیں۔ کیونکہ عجلت کے ساتھ نکالنے سے رطوبت مائی ضائع نہیں ہوتی۔ اگر رطوبت مائی زیادہ خارج ہوجائے تو قرنیہ کے ساتھ عنبیہ کا التصاق مقدم ممکن ہے ایٹروپین کا مرہم آنکھ میں لگا کر پٹی باندھ دیں۔

علاج مابعد میں نہایت ضروری ہے کہ حدقہ عین کو خوب منبسط رکھا جائے، دن میں دو تین مرتبہ ایٹروپین کا مرہم لگائیں۔ یہ واضح رہے کہ اس اپریشن کے بعد ہمیشہ کچھ نہ کچھ ردعمل پیدا ہوتا ہے۔ عدسی الیاف کے پھولنے کی مقدار غلافی انشقاق کے بڑا چھوٹا ہونے پر منحصر ہوتی ہے لیکن مختلف عدسوں میں یہ مختلف ہوتا ہے، صادق خلقی نزول الماء میں ردعمل بہت خفیف ہوتا ہے، حدقہ پر ایٹروپین کا بالکل اثر نہیں ہوتا۔ اگر چاہیں کہ بعد میں عدسہ کو کھرچ کر نکالنے کا عمل نہ کرنا پڑے۔ تو پہلے اپریشن میں شگاف بہت چھوٹا دیں۔ اور اگر یہ عمل کرنا مقصود ہو تو شگاف جسقدر بڑا ہو سکے دیں۔ سوئی کو اوسط درجہ تک عدسہ کے اندر بھی داخل کریں اور اس کے ذریعہ عدسہ کے الیاف کو بھی توڑ دیں بعض اوقات خلاف امید عدسہ بہت زیادہ پھول جاتا ہے۔ خزانہ مقدم میں روئی کے گالے کے مانند ٹکڑے نظر آتے ہیں۔ قرنوی محیط پر احتقان نمایاں ہوتا ہے توترعین بڑھ جاتا ہے اور اس کے ساتھ درد پایا جاتا ہے۔ توترعین بعض اوقات جونک لگانیکے بعد چند گھنٹوں میں کم ہوجاتا ہے۔ اگر اس طریقہ سے کم نہ ہو تو اس کے کم کرنے کا فوری انتظام کرنا چاہیئے۔ ورنہ ثانوی زرق الماء کی وجہ سے بصارت ضائع ہوجائے گی۔ اگر مسعد کے ذریعہ بعد میں اپریشن نہ کیا جائے تو دو تین مرتبہ سوئی کے ذریعہ اپریشن کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ تب اس کے بعد حدقہ کا رنگ صاف ہوتا ہے یعنی سیاہ سوراخ بنتا ہے اس آپریشن کے بعد ہفتوں اور بعض اوقات مہینوں کا وقت عدسہ کے جذب ہونے میں لگتا ہے۔ آخر میں یہ عمل اس طرح کرنا پڑتا ہے جیساکہ ثانوی نزول الماء

تصویر ۱۹۲/ب — متعلق صفحہ ۶۶۴ و ۶۷۷ و ۷۸۰ — کتاب العین

تصویر ۶ تا ۱۲

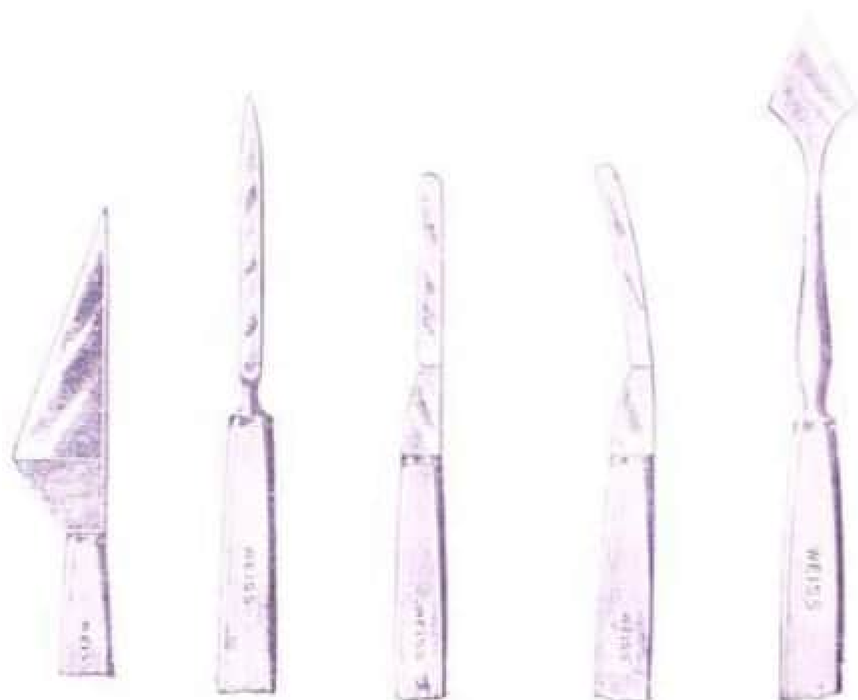
۶ و ۷ و ۸ قرحۂ قرنیہ کو کھرچنے کے لئے چھوٹے بڑے تین چمچے -

۹ چوڑی سوئی جس کو معالجین مختلف اعمال جراحیہ میں استعمال کرتے ہیں ۔

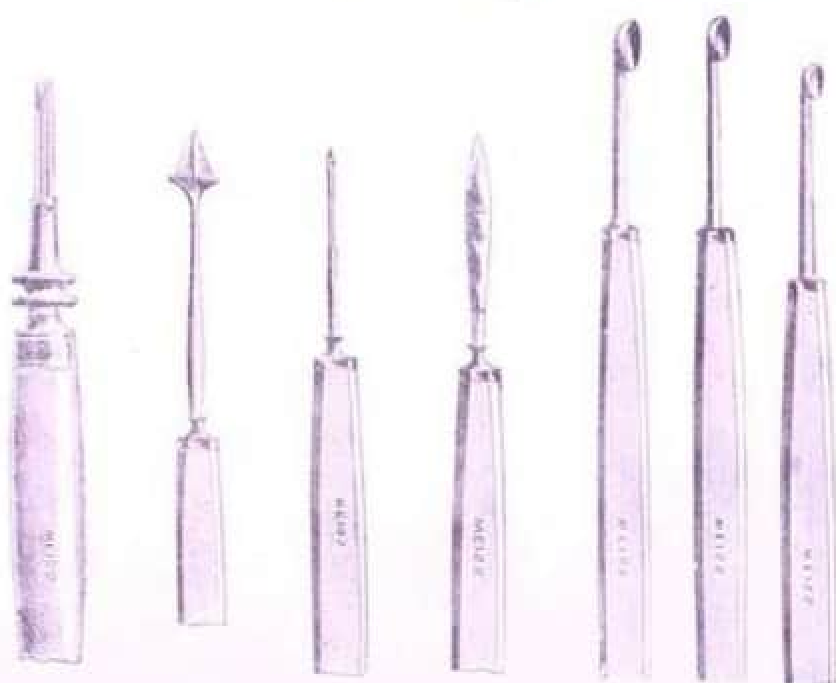
۱۰ عمل ابرہ کے لئے ماہر باومین کی سوئی جو کہ خاص حد تک داخل کرنے کے بعد رک جانے والی ہے ۔

۱۱ خزانہ مقدم کے اندر سوراخ کرنے کی سوئی ۔

۱۲ قرنیہ کے سفید حصص یا بیاض میں رنگ بھرنے کی سوئی (رنگ عنبیہ کے رنگ سے مشابہ بھرا جاتا ہے) ۔



۱ ماهر بیر کا موتیا بند کا چاقو — ۲ ماهر گریف کا موتیا بند کا چاقو — ۳ ماهر قسمو کا موتیا بند کا سیدها چاقو ۴ ماهر قسمو کا ٹیڑها چاقو (موتیا بند کے لئے) ۵ ماهر جیگر کا مثلثی چاقو (قطع عنبیه کے لئے) •



کے لئے کیا جاتا ہے۔

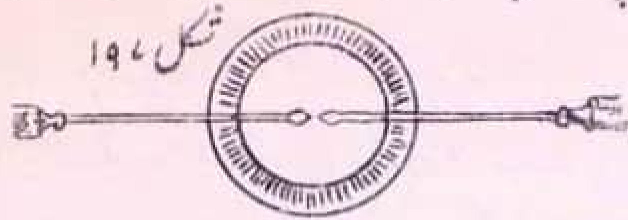
بچوں میں چونکہ وقت کی پابندی کی خاص ضرورت نہیں ہوتی بلکہ صرف آنکھ کو محفوظ رکھنا کافی ہوتا ہے اس لئے جہاں تک ممکن ہو ممعقہ کے ذریعہ عدسہ کو نکالنے کے اپریشن سے احتراز کیا جائے۔ معمولی سوئی کے ذریعہ عمومی طور پر عدسہ کو شق کرنے پر ردعمل بہت خفیف ہوتا ہے اگر سوئی کو ملتحمہ کے نیچے سے گذار کر آنکھ کے اندر داخل کریں تو عفونی عدوی آنکھ کے اندر کبھی نہیں داخل ہوتا۔ عدسہ کے بہت زیادہ پھول جانے یا اس کو ممعقہ کے ذریعہ خارج کرنے میں زیادہ مشکلات کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ اس کے علاوہ آنکھ کے اندر عدوی کے شامل ہو جانے کا خطرہ اس میں زیادہ رہتا ہے۔ کیونکہ پھولا ہوا عدسہ جراثیم کے لئے بہترین مزرعہ ثابت ہوتا ہے۔

ثانوی نزول الماء میں سوئی کے ذریعہ غلاف عدسہ کو پھاڑنا۔ اس کا طریقہ کار بالکل ویسا ہی ہے جیساکہ نزول الماء رخوہ میں عدسہ کے غلاف کو سوئی کے ذریعہ شق کرنے کا طریقہ ہے۔ اگر عدسہ کی بعد والی سفیدی بہت زیادہ دبیز نہ ہو اور اس کے اوپر کی غشاء بھی بہت زیادہ موٹی نہ ہو تو صرف ایک معمولی سوئی سے بھی یہ عمل انجام دیا جا سکتا ہے۔

بعض ماہرین کا خیال ہے کہ ابتدائی اپریشن کے پندرہ روز کے بعد یہ عمل کرنا چاہئے، کیونکہ اسوقت بقیہ سفیدی کے اوپر کے عدسی غلاف کا حصہ نرم ہو جاتا ہے۔ اور اسکو سوئی کے ذریعہ آسانی سے شق کر سکتے ہیں۔ اگر التہاب عنبیہ یا التہاب عنبیہ وجسم ہدبی موجود ہو تو جب تک التہاب بالکل غائب نہ ہو جائے۔ اس اپریشن کو ملتوی رکھیں۔ اس امر کے فیصلہ کے لئے قرنیہ کی موخر سطح پر رسوبی نقاط کا دیکھنا بہت ضروری ہے اگر یہ رسوبی نقاط پائے جاتے ہوں تو اس کا مطلب یہ ہے کہ التہاب ابھی موجود ہے۔ لہذا ایسی صورت میں اپریشن نہ کرنا چاہئے۔ اگر غلاف سخت اور دبیز ہو تو ایک سوئی کے بجائے دو سوئیاں استعمال کی جائیں یا زی گلر کا نشتر استعمال کیا جائے، مگر دو سوئیوں سے اپریشن کرنے میں یہ سہولت ہوتی ہے کہ اس کے ذریعہ جسم ہدبی پر کوئی زور نہیں پڑتا۔ اور یہ غلاف جسم ہدبی سے پھٹ کر الگ نہیں ہوتا۔ بلکہ بیچ ہی سے پھٹ جاتا ہے۔

اس اپریشن میں بھی اوزار وہی استعمال ہوتے ہیں۔ سوئیاں دو ہوتی ہیں۔ یہ سوئیاں ایک خاص مقام تک اندر جانے والی ہوں یعنی ایک خاص حد پران کو روکنے کے واسطے ایک حلقہ لگا ہو تاکہ اس سے زیادہ یہ خزانہ مقدم میں نہ داخل کی جائیں۔ نزول الماء کی معمولی سوئی سے بھی اس عمل کو انجام دے سکتے ہیں۔ ایک مددگار آنکھ کو قائم کرتا ہے اور سرجن

قرنیہ میں سے سوئیوں کو گذار کر اندر اس طرح لیجایا جاتا ہے کہ ان کی چپٹی سطح اوپر کو رہتی ہے۔ دونوں سوئیاں ایک دوسرے کے مقابل ہوتی ہیں۔ اور انفی محور میں اندر داخل کی جاتی ہیں۔



عمل ابرہ کو دو سوئیوں کے ذریعہ انجام دینے کا طریقہ دونوں طرف سے سوئیاں داخل کی گئی ہیں بگران کو گھمایا نہیں گیا۔

ان کو زاویہ قائمہ پر گھمانے سے ان کا کاٹنے والا کنارہ غلاف کی طرف ہو جاتا ہے۔ اسوقت دونوں سوئیوں کو اس غشار کے اندر دونوں طرف سے داخل کیا جاتا ہے، اس کے بعد دونوں کے دستے ایک ساتھ اوپر کو اٹھائے جاتے ہیں۔ اور جلدی سے ان کو نکال لیا جاتا ہے۔ تاکہ رطوبت مائی زیادہ خارج نہ ہو۔ پھر ایٹروپین آنکھ میں ڈالکر اس پر پٹی باندھ دی جاتی ہے۔ اس عمل کے بعد ردعمل شاذونادر ہوا کرتا ہے۔ مگر جب ابتدائی اپریشن میں کوئی خرابی ہوئی ہو تو ممکن ہے کہ اس کی وجہ سے کسی ردعمل کا ظہور ہو — ایسی صورت میں بعض اوقات یہ مزید خراش آنکھ کے اندر شتر کی التہاب کے پیدا کرنے کا باعث ہو سکتی ہے۔

اگر غشار بہت زیادہ سخت ہو تو شق عنبیہ کی طرح اسکو قینچی سے کاٹ دیا جاتا ہے۔

ملعقہ کے ذریعہ ثانوی موتیا بند کو خارج کرنا۔ (Curette evacuation) یا

خطوط دار شگافت کے ذریعہ ثانوی نزول الماء کا اپریشن۔ سوئی کے ذریعہ اپریشن کرنے کے بعد خواہ یہ اپریشن جزئی نزول الماء کے لئے کرنا پڑے یا ضرورت کے لحاظ سے فوراً کرنا پڑے، بہرحال نرم عدسہ کا مواد خزانہ مقدم سے نکالا جاتا ہے۔

ضروری اوزار۔ (۱) مفتاح الجفن (۲) قائم کرنے والی چمٹی (۳) ٹیڑھا مثلثی نشتر (۴) ملعقہ (Curette) (۵) اسواط عنبیہ (عنبیہ کو اپنی جگہہ واپس کرنے والا آلہ)

تخدیر مقامی۔ اس اپریشن میں کافی ہنیں ہوتی، مگر اس کی عدم کفایت صرف بچوں۔ عصبی المزاج اور چڑچڑے مریضوں میں ہوا کرتی ہے جن کو کلوروفارم دینا پڑتا ہے۔

ایٹروپین کے ذریعہ حدقہ عین کو مکمل طور پر پھیلالیں، اوپر یا نیچے دونوں جگہہ شگافت دینا جائز ہے۔ ملتحمہ کو حسب دستور خوب دھو کر آلہ مفتاح الجفن لگادیں اور آنکھ کو قائم کرنے والی چمٹی سے قائم رکھیں۔ مثلث نشتر کو قرنیہ کے اندر ایک ملی میٹر اس کے کنارے سے ہٹ کر داخل کریں۔ مگر داخل کرتے وقت اس کی دھار عنبیہ کی سطح کے متوازی ہو۔ نشتر کو اندر داخل

کرتے جائیں یہاں تک کہ شگاف ۵ ملی میٹر لمبا ہو جائے اسوقت اس کی نوک کو احتیاط سے اس طرح نیچے کریں کہ یہ عدسہ کے اندر چلی جائے۔ پھر جیسے جیسے نشتر کو باہر نکالا جائے قرنوی شگاف کو دونوں طرف نشتر کی جانبی دھاروں کے ذریعہ بڑا کرتے جائیں۔ اب ملعقہ کے سرے کو قرنوی شگاف کے دونوں لبوں کے اندر لے جائیں، مگر خزانہ مقدم کے اندر بالکل نہ داخل کریں۔ قرنیہ کے کٹے ہوئے پرت پر محیط سے نیچے سے اوپر کی طرف کو کسی دوسرے کند آلہ سے دباؤ ڈالنے پر عدسہ کا مواد ملعقہ کی نالی کے ذریعہ باہر نکل آتا ہے، پورا عدسی مواد نکالنے کی کوشش نہ کریں ورنہ عدسہ کے رباط معلقہ ٹوٹ جائیں گے اور رطوبت زجاجیہ باہر نکل آوے گی۔ بقیہ عدسی مواد خود بخود جذب ہو جائیگا۔ اگر عنبیہ مناسب طور پر پھیلا ہو تو زخم کے اندر اس کے آنے کا کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔ اگر یہ زخم کے اندر چلا آوے تو اسکو اپنی جگہہ پر واپس لانے والے آلہ کے ذریعہ درست کردیں یہ آلہ اپریشن کے وقت اپنے پاس موجود ہو۔ آنکھ میں ایٹروپین کا مطہر مرہم لگا دیں اور دونوں آنکھوں پر پٹی باندھ دیں۔

عام طور پر اس اپریشن سے ہر بی خراش کو بہت فائدہ پہونچتا ہے۔ جرحی صفائی کا خاص طور پر خیال رکھیں کیونکہ نزول الماء کے اس اپریشن سے آنکھ کے اندر عدوی پہونچنے کا خطرہ رہتا ہے۔ مقدم التصاق عنبیہ یا غشائی یا شری التہاب عین بھی اس کے نتیجہ میں لاحق ہو سکتے ہیں۔ مگر ایسا بہت کم ہوتا ہے بعض ماہرین مذکورہ ہی طریقہ پر اپریشن کر کے نرم عدسہ کو نکالتے ہیں یعنی اس سے قبل سوئی کا اپریشن نہیں کرتے۔ مگر ہمارے خیال میں یہ ایک غلطی ہے۔

شیخوخی نزول الماء کے اپریشن میں قطع عنبیہ کرتے بھی ہیں اور نہیں بھی کرتے، دونوں طریقے آجکل رائج ہیں، مگر ہمارے خیال میں قطع عنبیہ کا عمل ضروری ہے بعض ماہرین قطع عنبیہ کا عمل نزول الماء کے اپریشن سے ۶ ہفتہ پہلے کر دیتے ہیں۔ ہم اس کی سفارش صرف ایسے نزول الماء میں کرتے ہیں جو پختہ نہیں ہوتے۔ اگر ایسی حالت میں اپریشن کرنا پڑے اور ملتحمہ کے متعلق یقین نہ ہو کہ وہ مطہر ہے تو قطع عنبیہ کے بعد اس آنکھ کا ردعمل دیکھکر ہم اس امر کا فیصلہ کر سکتے ہیں، کہ نزول الماء کا اپریشن کرنے پر آنکھ کی حالت کیسی رہیگی۔

ہر نزول الماء کا اپریشن کرنے سے پہلے ضروری ہے کہ ملتحمہ اور آلات دمعیہ کے متعلق پوری طرح تشفی کرلیں کہ ان میں کوئی خرابی تو نہیں ہے اگر کیس دمعی کو دبانے پر آنکھ کے اندر آنسو یا مخاط یا پیپ ملتحمہ میں واپس آئے تو پہلے پورے طریقہ پر اس کا تدارک کریں اس کے بعد اپریشن کا انتظام کریں۔

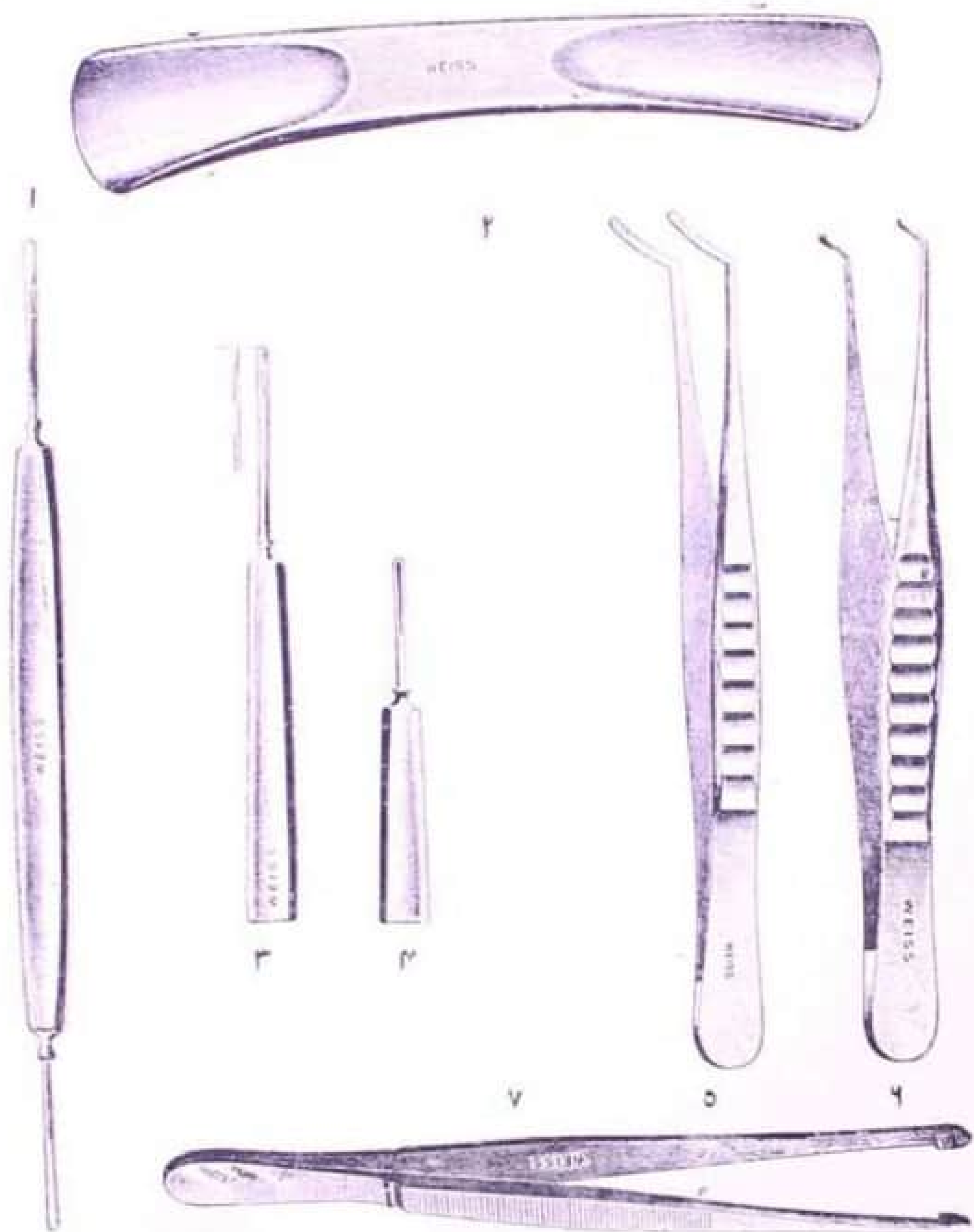
اگر کسی قسم کا التہاب ملتحمہ موجود ہو تو مکمل علاج کر کے اس کو زائل کیا جائے، اور اپریشن کرنے سے پہلے اس کی مخاط کا خوردبینی امتحان کرنے کے بعد اس امر کا فیصلہ کیا جائے کہ ملتحمہ جراثیم سے پاک ہے یا نہیں بعض اوقات یہ حالتیں نہایت تکلیف دہ ہوتی ہیں۔ اگر کچھ شک ہو تو پچکاری کے ذریعہ دیکھیں کہ قناۃ انفی کھلی ہے یا نہیں۔

اپریشن کے لئے مریض کی عام تیاری۔ مریض کو اچھی طرح نہلائیں مسہل دیں، اور تمام اُن تدابیر پر عمل پیرا ہوں جو کسی بڑے اپریشن میں اختیار کی جاتی ہیں۔

نزول الماء کا اپریشن قطع عنبیہ کے ساتھ۔ اس عمل کے لئے مقامی تخدیر کافی ہوتی ہے مگر جب مریض کو اپنے اوپر پورا قابو نہ ہو تو دوسرا طریقہ اختیار کیا جائے۔ ۴ فی صدی طاقت کا کوکین محلول آنکھ کے اندر ۲۰ منٹ کے بعد تین مرتبہ استعمال کریں اور کوکین کے قطرات آنکھ میں ڈالنے کے درمیان میں آنکھ کو بند رکھیں۔ جب آخری مرتبہ آنکھ کے اندر اسکو ڈالیں تو ایک قطرہ دوسری آنکھ میں بھی ڈالدیا جائے، ایسا اس لئے کیا جاتا ہے کہ اپریشن کے دوران میں اگر پانی کا کوئی قطرہ دوسری آنکھ میں پڑجاتا ہے تو مریض زور کے ساتھ آنکھ کو بھینچ لیتا ہے۔ جس کی وجہ سے شرکی طور پر دوسری آنکھ بھی بھینچ جاتی ہے۔ مگر جب کوکین کا ایک قطرہ دوسری آنکھ میں بھی ڈال دیا جائے تو اتفاقاً پانی کا قطرہ اس میں گرجانے سے یہ حادثہ نہیں پیش آتا۔ اس کے علاوہ یہ بھی فائدہ ہوتا ہے کہ مریض آنکھوں کو کھولے رکھ سکتا ہے اور جھپکنے کا خطرہ کم ہو جاتا ہے عصبی المزاج مریضوں میں بہتر ہے کہ اُن کے عضلہ محیط جفنی میں کوکین محلول کی تلقیح سے استرخار پیدا کرلیں۔ اس غرض کے واسطے بیرونی کوئے سے ایک انچ کے فاصلہ پر ذرا نیچے زیر جلدی تلقیح کی جائے، اس تلقیح سے عصبی وجہی وہ شاخ جو عضلہ محیط جفنی میں آتی ہے مسترخی ہو جاتی ہے اگر مکمل استرخار کی ضرورت ہو تو تلقیح عضلہ کے اندر بھی کریں۔

جس آنکھ میں اپریشن کرنا ہے اُس میں اگر ایک قطرہ ایڈرینالین کا بھی ڈالدیں تو زیادہ مناسب ہے سرجن کو مریض کے سر کی طرف کھڑا ہونا چاہیئے، دائیں آنکھ میں دائیں ہاتھ سے اور بائیں آنکھ میں بائیں ہاتھ سے شگاف دیا جائے، صرف دائیں ہاتھ سے دونوں آنکھوں کا اپریشن کرنے میں بھی کوئی دقت نہیں ہوتی۔ لیکن ایسی صورت میں بائیں آنکھ کے اپریشن کے لئے سرجن کو مریض کے سامنے آکر کھڑا ہونا چاہیئے۔

ضروری اوزار۔ (۱) منفتاح الجفن (۲) قائم کرنے والی چمٹی دو عدد (۳) گریف کا چاقو نزول الماء والا (۴) منحنی غلفی چمٹی (۵) ٹو ویکر قینچی (۶) غلاف کو پھاڑنے والا آلہ

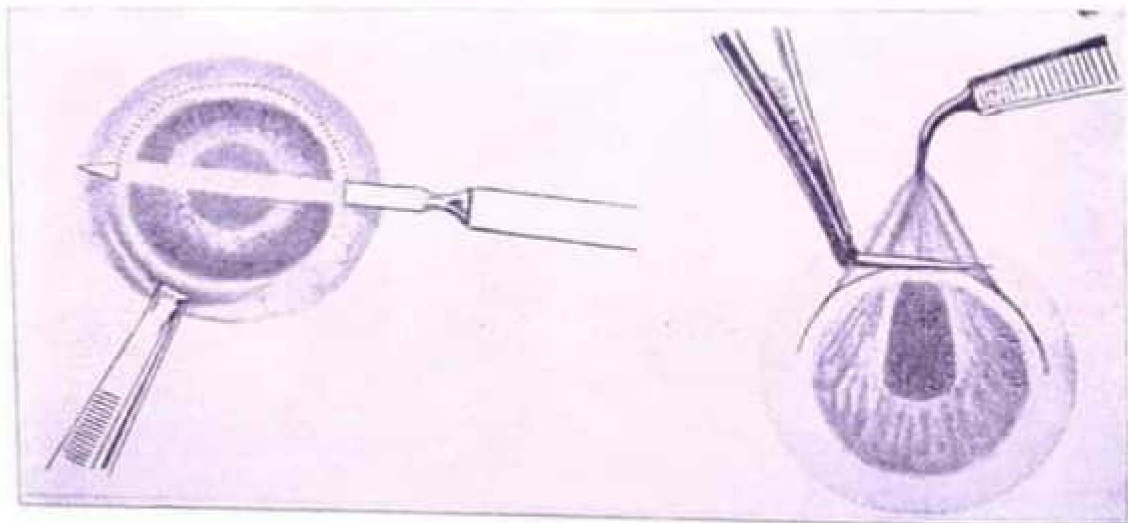


۱ کند سرے والی مسواط جس کے ذریعہ غریب اجسام ملتحمہ اور قرنیہ سے الگ کئے جاتے ھیں ۲ ماھر میک کیلن کا مسواط جو کہ الغواء جفن کے آپریشن میں مستعمل ھے ۳ نوک دار اور سامنے سے گول مسواط قرنیہ سے غریب اجسام کو دور کرنے کے لئے ۴ گرہ دار مسواط جس کے نیچے نالی ایسی بنی ہے قرنیہ سے غریب اجسام کو دور کرنے کے لئے ۵ غلاف کو پکڑنے والی چمٹی — ("ماھر تومسن کی") ۶ ماھر الیٹ کی سوراخ دار قوسی چمٹی ۷ شعر منقلب کو پکڑ کر اکھاڑنے کی چمٹی *



آپریشن اور مصنوعی آنکھ لگانے کے بعد

بائیں آنکھ سلعہ کی وجہ سے خراب ہو گئی ہے ۔



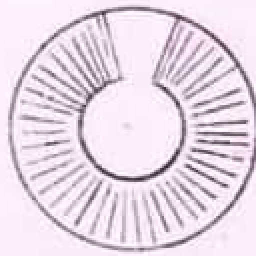
قطع علبوعہ کا طریقہ

موتیا بند کے آپریشن میں شگاف کا طریقہ

(۷) ملعقہ (۸) مسواط (۹) عدسی ملعقہ (Lens spoon) (۱۰) کند نوک والی قینچی۔

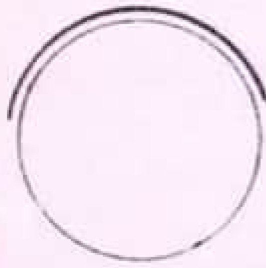
ذیل میں دائیں آنکھ کے اپریشن کے واسطے طریقہ بیان کیا جاتا ہے۔

ملتحمہ کو حسب دستور خوب دھو کر مفتاح الجفن کو لگا دیں۔ مریض کو تاکید کریں کہ اپنے پیر کی طرف ذرا باہر کو دیکھتا رہے قائم کرنے والی چمٹی کے ذریعہ آنکھ کو قائم کریں مگر آنکھ کو قائم کرنے کے لئے چمٹی سے محیط قرنوی پر ذرا نیچے اور اندر کی طرف ملتحمہ کو مع زیرین ساختوں کے پکڑ لیں۔ اور قرنوی افقی محور کے نیچے نشتر یا نزول الماء کے چاقو کو ظاہری قرنوی صلبی جار اتصال پر ایسے مقام پر داخل کریں جو گھڑی کے ڈائل پر ۱۲ بجنے میں ۱۲ منٹ باقی رہنے کے نقطہ سے مطابقت کرتا ہے۔ اب اس نشتر کو دوسری طرف لے جائیں اور دوسری طرف بھی اسی نقطہ کے بالمقابل ۱۲ بجکر ۱۲ منٹ کے مقام پر باہر کو نکالیں۔ شگاف قطع عنبیہ والے عمل کی طرح دینا چاہئے،



شکل نمبر ۱۹۴

قطع عنبیہ کے ساتھ نزول الماء کے عمل جرحی میں عنبیہ کا کٹا ہوا حصہ



شکل نمبر ۱۹۵

شیخوخی نزول الماء کے عمل جرحی میں زخم کا خاکہ

فرق اس میں صرف اسقدر ہو کہ اس اپریشن میں شگاف قرنوی صلبی کنارے پر ہو۔ ملتحمہ کا پردہ کاٹا جائے، مگر یہ پردہ کناروں پر زیادہ تنگ ہو۔ قرنوی صلبی مقام سے اوپر کی طرف کاٹنے کے بعد اگر ہم چاقو کو ذرا اوپر کی طرف رکھیں تو ملتحمہ کا پردہ کچھ چوڑا ہو جائیگا۔ ملتحمہ کے کٹے ہوئے پردہ کو چاقو کی پشت کے ذریعہ قرنیہ پر پلٹ دیں۔ اب قائم کرنیوالی چمٹی کو ہٹالیں، اگر مریض خاموش نہ ہو تو مددگار سے کہیں کہ وہ قرنیہ کے نیچے سے پکڑ کر آنکھ کو قائم رکھے۔ اگر مریض خاموش اور تاکید پر عمل کرنے والا ہو تو اس کو اپنے پیر کی طرف دیکھنے کی ہدایت کی جائے، اور مطلع کر دیا جائے کہ اس کو اپریشن کے دوسرے مدارج میں ممکن ہے کہ کچھ درد کا احساس ہو اُسوقت بھی اس کو خاموش لیٹا رہنا چاہئے ورنہ اپریشن ناکام ہو جائیگا

اب عنبی چمٹی کو بائیں ہاتھ میں اور ڈ ویکر قینچی کو دائیں ہاتھ میں لیں (اس عمل کے وقت دائیں یا بائیں آنکھ کے خیال رکھنے کی ضرورت نہیں کیونکہ یہ عمل دونوں آنکھوں میں یکساں انجام دیا جاتا ہے) اور چمٹی کو بند کر کے قرنوی زخم میں داخل کرتے ہوئے خزانہ مقدم میں نیچے کو لے جائیں یہاں تک کہ یہ حدقی کنارے تک پہونچ جائے۔ اُسوقت اُس کو

تھوڑا کھولکر عنبیہ کو اس کے درمیان پکڑ لیں اور باہر کھینچیں چمٹی سے پکڑے ہوئے عنبیہ کے حصّہ کو ڈ ویکر قینچی سے کاٹ دیں مگر قینچی کی دھار کا رُخ عنبیہ پر شعاعی وضع کا ہو یعنی اس کی نوک اوپر کی طرف رہے، اب مسواط عنبی کے ذریعہ عنبیہ کو اپنی طبعی حالت اور مقام پر کر دیں۔ جیسا کہ قطع عنبیہ کے عمل میں کیا گیا تھا۔ زخم کے کناروں سے عنبیہ کو الگ کرنے کی خاص طور پر کوشش کی جائے، اس عمل میں کوئی دشواری نہیں ہوتی، کیونکہ عنبیہ کے پیچھے عدسہ کے ہونے کی وجہ سے اسکو سہارا ملتا ہے اور آسانی سے عنبیہ نیچے پیچھے اپنی طبعی جگہ پر مسواط کے ذریعہ آجاتا ہے۔

اس کے بعد مریض کو نیچے کی طرف دیکھنے کی تاکید کی جاتی ہے اور غلاف عدسہ کو پھاڑنے والا آلہ لیکر اس کی نوک بائیں طرف ذرا اوپر کو رکھیں اور اندر داخل کرتے ہوئے نیچے لے جائیں، یہاں تک کہ حدقی کنارے کے سب سے نیچے کے مقام پر پہونچ جائے، اب اس آلہ کی کاٹنے والی سطح کو نیچے کی طرف کر دیں۔ دستہ کو کسی قدر اوپر اٹھائے رکھیں اور آہستہ آہستہ آلہ کو باہر نکالیں ایسا کرنے سے غلاف عمودی طور پر کٹ جاتا ہے۔

اس کے بعد اس آلہ کو بائیں ہاتھ میں اور ملعقہ کو دائیں ہاتھ میں لیں، اس کی پشت کو افقی طور پر قرنیہ کے زیرین حصّہ پر (۱۲ بجنے میں ۲۰ منٹ سے لیکر ۱۲ بجکر ۲۰ منٹ کے مقام پر) رکھیں اور اس مقام پر قرنیہ کے اندر پیچھے اور اوپر کی طرف مستقل طور پر دباؤ ڈالیں ایسا کرنے سے عدسہ کا نویہ اس طرح سامنے کو آجاتا ہے کہ زخم کے اندر اس کا کنارہ دکھائی دینے لگتا ہے۔ یہی عمل بار بار اس مقام پر اور رفتہ رفتہ اس کے اوپر ملعقہ کو لیجا کر انجام دینے سے عدسہ کو ہم باہر نکال لیتے ہیں۔ مگر اس دباؤ کو ہر مرتبہ اوپر کی طرف زیادہ کرتے رہیں۔ اسی کے ساتھ ہم یہ بھی کر سکتے ہیں کہ غلاف عدسہ کو پھاڑنے والے آلہ کے ذریعہ عدسہ کو باہر نکلنے میں مدد دیں۔ جب نویہ کا قطر زخم کے باہر آجائے تو قرنیہ کے اوپر کا دباؤ فوراً ہٹالیں اور نویہ کو قرنیہ کے اوپر سے ملعقہ میں لے لیں۔

اگر عدسی مواد زیادہ شفاف اور نرم ہو تو قرنیہ کے اوپر ملعقہ کے ذریعہ ہلکے طور پر اوپر کی طرف خفیف دباؤ والی حرکات انجام دیں ایسا کرنے سے یہ سب مواد زخم سے باہر نکل آتا ہے۔ مگر یہ واضح رہے کہ دباؤ کا زیادہ ہونا کسی طرح مناسب نہیں ہے اگر زخم کے اندر سے نرم مواد باہر کو نکلتا ہوا معلوم ہو تو ملعقہ کے ذریعہ اُسکو الگ کر دیا جائے۔

مسواط عنبی کے ذریعہ عنبیہ کو زخم کے زاویہ سے ہٹالیں اگر اس کو احتیاط سے ہٹایا جائے تو اس درجہ میں کوئی تکلیف نہیں ہوتی، اگر اس درجہ کو بالکل حذف کر دیا جائے یعنی عنبیہ کو نہ ہٹایا جائے تو ممکن ہے کہ عدسہ کے باہر نکلنے

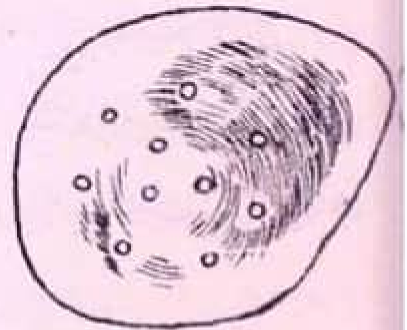
وقت عنبیہ زخم کے کناروں میں پھنس جائے، اور پھر اسکو آزاد کرنے میں بہت زیادہ وقت پیش آوے۔ مسواط کو زخم کی پوری سطح پر پھیر دیں تاکہ غلاف کے کچھ نکلے ہوئے ٹکڑے اگر خزانہ مقدم میں موجود ہوں تو واپس چلے جائیں۔ یہ غلافی حصص اسقدر شفاف ہوتے ہیں کہ دکھائی نہیں دیتے، اور انکا زخم کے اندر رہ جانا بُرا اثر رکھتا ہے۔ اس لئے ان کو راستہ میں سے ہٹا دینا ضروری ہے۔ اب ملتحمی پردہ کو قرنیہ کے اوپر سے مسواط کے ذریعہ اس کے طبعی مقام پر واپس لے جائیں مگر یہ خیال رکھیں کہ یہ اپنے اوپر ہی لپٹ کر نہ رہ جائے مفتاح الجفن کو نکال لیں۔ اور اجفان کو احتیاط کے ساتھ اُسی طرح بند کریں جیسا کہ قطع عنبیہ کے سلسلہ میں بتایا گیا ہے، دونوں آنکھوں پر ہی باندھ دیں اور مریض کو اُٹھنے کی اجازت نہ دیں بلکہ لیٹے ہی ہوئے بستر پر لیجائیں۔ زیادہ مناسب یہ ہے کہ مریض کا اپریشن بستر ہی پر کیا جائے جو کہ اس عمل کے واسطے موزوں ہوتا ہے۔ دونوں آنکھوں پر مطہر روئی کی گدیاں جو کہ مطہر گازمیں لپٹی ہوئی ہوں رکھکر پٹی باندھیں مگر دباؤ بالکل نہ پڑے۔ بڈھوں اور عصبی المزاج مریضوں کی پٹی کے اوپر ایک جالی دار حجاب، مورفیلڈ (Moorfield) کے نمونہ کی طرح باندھ دیں۔

شکل نمبر ۲۰۱



مورفیلڈ کی نزول الماء کی پٹی، ہلالی کنارہ ناک کے اوپر قائم کیا جاتا ہے۔ اوپر اور نیچے کے فیتے کان کے اوپر اور نیچے آجاتے ہیں، فیتے کے بلے سرے سر کے پیچھے سے سامنے لاکر روئی کے ایک پیڈ پر پیشانی کے اوپر باندھ دیے جاتے ہیں۔

شکل نمبر ۲۰۰



دائیں آنکھ کے لئے کارٹیلا شیلڈ

شگاف کی بڑائی یا چھوٹائی کا انحصار عدسی نویہ کے حجم پر ہوتا ہے۔ یہ واضح رہے کہ عدسہ کا قشری حصہ نرم اور خراب ہوتا ہے شگاف نویہ کے قطر سے ذرا بڑا ہونا چاہیئے۔ سیاہ موتیا بند میں پورا عدسہ متصلب ہوتا ہے اسلئے شگاف بہت بڑا دینا پڑتا ہے یعنی نصف قرنیہ میں شگاف کی ضرورت ہوتی ہے۔ شروع سے بڑا شگاف دینے کی بہ نسبت چھوٹے شگاف کو بڑا کرنے میں زیادہ نقصان ہوتا ہے۔ اگر شگاف دینے کے بعد اوسط درجہ کے دباؤ سے عدسہ باہر نہ نکلے تو اُس کا

یہ مطلب ہے کہ شگاف چھوٹا ہے۔ اس وقت زخم کو بڑا کرنے کے لئے سلائی (پردب) کی طرح نوک والی قینچی قرنیہ اور عنبیہ کے درمیان داخل کر کے صرف ایک کٹاؤ سے شگاف کو بڑھا دیں۔ یہی عمل دوسری طرف بھی کیا جائے۔

شگاف دینے میں ممکن ہے کہ رطوبت مائی ذرا پہلے باہر خارج ہو جائے جس کی وجہ سے عنبیہ چاقو کے سامنے آجائے اگر ایسا ہو تو چاقو کو اس طرح اوپر کو اٹھائیں جیسا کہ آنکھ کو سامنے کی طرف ابھار رہے ہوں، ایسا کرنے سے خزانہ مقدم میں جو رطوبت مائی ہوتی ہے وہ سامنے آکر عنبیہ کو نیچے کر دیتی ہے، اگر اس سے کامیابی نہ ہو تو شگاف معمولی حالت کے مانند دیں اور عنبیہ کے مجروح ہونے کا کچھ خیال نہ کریں، اس سے قطع عنبیہ یا اس کے اندر ایک سوراخ خود ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ عنبیہ کے کٹنے پر مریض کو تکلیف ہو۔ یا درد کی وجہ سے مریض اپنی آنکھ کو بند کرنے کی کوشش کرے یا اپنے آپے سے باہر ہو جائے۔ ایسا قطع عنبیہ بے قاعدہ ہوتا ہے۔

اس حادثہ کے پیش آنے کی وجہ یہ ہے کہ معالج دلیری کے ساتھ چاقو کو ایک طرف سے دوسری طرف نہیں لیجاتا، اور ہچکچاتا رہتا ہے، یا اس کا باعث وہ دباؤ ہے جو آپریشن کے دوران میں معالج کے ہاتھ سے غیر ارادی طور پر مریض کی آنکھ پر پڑتا ہے، یہ دباؤ قائم کرنے والی چمٹی کا ہوتا ہے۔ اگر شروع شگاف سے چاقو داخل کرنے کے بعد ایک طرف سے دوسری طرف لے جانے تک مسلسل اور مستعدی کے ساتھ عمل کیا جائے تو اس میں کوئی تکلیف نہیں ہوتی۔ چاقو کا دستہ دوسری طرف قرنیہ کے اندر سوراخ کرتے ہی اگر ذرا نیچے کو کر دیا جائے تو اور بھی صفائی کے ساتھ یہ عمل انجام پاتا ہے ایسا کرنے سے عنبیہ پر چاقو کا چوڑا پھل منطبق ہو جاتا ہے عجلت سے کسی وقت کام نہ لیں۔ جو کچھ کریں سوچ سمجھکر اور دلیری کے ساتھ۔

بعض بوڑھے مریضوں کا صلبیہ بہت سخت ہوتا ہے ان مریضوں کا قرنیہ عدسہ کے نکل جانے کے بعد پیچھے کو پچک جاتا ہے اور رکابی کی طرح اس کے اوپر گڑھا پڑ جاتا ہے۔ مگر یہ کچھ اہمیت نہیں رکھتا کیونکہ خزانہ مقدم کے بھرنے کے بعد یہ پھر درست ہو جاتا ہے۔

قطع عنبیہ کے عمل میں اگر ڈیکر قینچی کو عنبی چمٹی کے ساتھ زاویہ قائمہ کی وضع میں رکھیں تو عنبیہ کے کاٹنے میں بہت آسانی ہوتی ہے مگر اس طریقہ سے عنبی کٹاؤ بہت بڑا بنتا ہے۔ جس کی کوئی ضرورت نہیں ہوتی اور اس کا فائدہ بھی کم ہوتا ہے۔

بعض اوقات خزانہ مقدم میں ہوا کا بلبلا داخل ہو جاتا ہے اس کو بھی کوئی خاص اہمیت نہیں ہے کیونکہ یہ جلد جذب ہو جاتا ہے۔ خزانہ مقدم میں نزف الدم بھی ہو سکتا ہے۔ اور یہ خون ملتحمی پردہ یا عنبی احتقان سے حاصل ہوتا ہے۔ مگر مسواط کو آہستہ آہستہ قرنوی سطح پر نیچے سے اوپر کو پھیرنے پر یہ خون باہر نکل آتا ہے لیکن اس عمل میں زیادہ وقت نہ ضائع کرنا چاہیئے۔ اگر اس عمل سے خون پوری طرح باہر نہ نکلے تو غلاف عدسہ کو شق کرنے کا عمل نہایت احتیاط کے ساتھ انجام دیں اور خیال رکھیں کہ عنبیہ اس آلہ میں اُلجھکر مجروح نہ ہو جائے۔

عدسی غلاف کو مختلف ماہرین مختلف اطراف میں شق کرتے ہیں۔ مگر سب سے بہتر یہ ہے کہ اس کا انشقاق قرنوی زخم کے ساتھ ہم مرکز ہو۔ اس کے واسطے جو طریقہ ہم نے بیان کیا ہے وہ زیادہ آسان ہے۔ بعض ماہرین عدسی غلاف کو غلاف والی چمٹی سے پکڑ کر شق کرتے ہیں یہ خاص طور پر مفید ہوتا ہے مگر اس کے نقصانات بھی بہت ہیں۔ اخراج عدسہ میں سب سے زیادہ خطرہ اس امر کا ہوتا ہے کہ ابتدائی درجہ میں ہی رطوبت زجاجیہ باہر کو نکل آتی ہے۔ جس کا باعث رباط حلق کی جبلی کمزوری ہے اسلئے یہ شگاف دیتے وقت یا عنبیہ کو قطع کرتے وقت ٹوٹ جاتے ہیں۔ مرکب (عوارضاتی) موتیا بند (Complicated cataract) میں بھی ایسا اکثر ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں مفتاح الجفن کو ہٹا دینا چاہیئے، مددگار اجفان کو الگ کئے رہے۔ اگر ماہر ڈسمر کے آلہ سے ان کو اُٹھائے رکھے تو بہتر ہے۔ عموماً زجاجیہ کے نکلنے کا سبب قائم کرنے والی چمٹی کا دباؤ ہوا کرتا ہے، مبتدی شگاف دیتے وقت اسکو اسقدر بھول جاتے ہیں کہ دوسرے ہاتھ سے غیر ارادی طور پر چمٹی کو اندر کی طرف دبا دیتے ہیں۔ اس کی وجہ سے نہ صرف زجاجیہ خارج ہو جاتی ہے بلکہ اس کے قبل رطوبت مائی بھی جلد نکل جاتی ہے پھر شگاف دینے میں عنبیہ چاقو کے سامنے آکر مشکلات پیدا کرتا ہے۔ اگر ایسی صورت پیش آئے تو عنبیہ کو کاٹنا پڑتا ہے جس کی وجہ سے مریض کو درد کا احساس ہوتا ہے اور وہ یا تو آنکھ کو بھینچ لیتا ہے یا اسی طرح کوئی دوسری حرکت کر بیٹھتا ہے۔ ان تمام باتوں کے باوجود شگاف کو معمولی حالت کے مانند پورا کر دینا چاہیئے، عدسہ کو ملعقہ سے نکالتے ہوئے ممکن ہے کہ زجاجیہ باہر کو نکل آوے۔ بہت زیادہ دباؤ صرف اُس صورت میں ڈالنا پڑتا ہے جبکہ شگاف چھوٹا ہو یا جب عدسی غلاف کا شق نہ ہوا ہو۔ ایسی صورت میں شگاف کو مذکورہ طریقہ پر بڑا کرلیں۔ غلاف عدسی کو مذکورہ طریقہ پر دوبارہ شق کریں اور اس کے بعد عدسہ کو نکالنے کی کوشش کریں۔ اگر سامنے دباؤ ڈالنے پر

زخم کے اندر عدسہ کے آتے ہوئے بغیر زجاجیہ نکلنا شروع ہو تو عدسی ملعقہ کے ذریعہ عدسہ کو باہر نکالیں۔ اسی لئے ضروری ہے کہ موتیا بند کے ہر اپریشن میں اس ملعقہ کو تیار رکھیں تاکہ ضرورت کے وقت کام آوے۔ ملعقہ کو زجاجیہ کے پیچھے اسطرح لیجائیں کہ عدسہ کے پیچھے اس کے پہونچنے کا یقین ہو جائے۔ اب اس کو سامنے کی طرف گھمائیں تاکہ عدسہ ملعقہ اور قرنیہ کے درمیان آجائے۔ اس مقام پر اس کو لگائے رکھیں اور ملعقہ کو اور گھما کر باہر نکال دیں۔ اس عمل میں کچھ نہ کچھ رطوبت زجاجیہ ضرور خارج ہوتی ہے۔ مگر چونکہ عدسہ کا نکالنا اشد ضروری ہوتا ہے اس لئے اس نقصان کو برداشت کرنا پڑتا ہے۔ کیونکہ عدسہ کو اگر نہ نکالا جائے تو آنکھ ضائع ہو جاتی ہے۔ اس حالت میں عنبیہ کو اپنے اصل مقام پر واپس لائے بغیر آنکھ کو بند کرکے پٹی باندھ دینا چاہئے ورنہ زجاجیہ کے اور زیادہ خارج ہونے کا اندیشہ ہے۔ اگر رباط معلق عدسہ ٹوٹ جائیں یا کسی دوسرے اپریشن میں جبکہ عمل جرحی صحیح طریقہ پر انجام نہ دیا گیا ہو، یہ رباط ٹوٹ گئے ہوں تو عدسہ پیچھے کی طرف زجاجیہ میں گر جاتا ہے ان حالتوں میں اس کو باہر نکالنے کی کوشش بے سود ہوتی ہے۔ لہذا آنکھ پر فوراً پٹی باندھ دینا چاہئے۔ اگر بعد میں کسی وقت حدقی رقبہ میں عدسہ تیر کر آجائے تو پھر اُسکو نکالنے کی کوشش کریں۔

عدسہ کے نکلنے کے بعد زجاجیہ کا باہر خارج ہونا زیادہ خطرناک نہیں ہوتا ممکن ہے کہ التہاب ہدبی لاحق ہو کر مختلف شفاف واسطوں میں سحابی کیفیت پیدا ہو جائے۔ اور اس کے بعد شبکیہ اپنے طبعی مقام سے اُکھڑ جائے، اگر زجاجیہ بہت زیادہ ضائع ہو جائے تو عنبیہ اوپر کی طرف کو کھنچ جاتا ہے اور ہفتہ یا مہینوں کے بعد حدقہ اپنی جگہ سے ہٹ جاتا ہے۔ عنبیہ کا زیرین حصہ کھنچتا ہے۔ یہ حالت قطع عنبیہ میں عنبیہ کے سروں کے زخم میں پھنس جانے کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ بصارت کو حاصل کرنے کے واسطے بعض اوقات مصنوعی حدقہ بنانے کی ضرورت پڑتی ہے۔ یا اسی کے مانند کوئی دوسرا اپریشن کرنا پڑتا ہے۔

اگر نزول الماء پختہ نہ ہو تو نرم عدسہ کا کچھ حصہ آنکھ میں باقی رہ جاتا ہے ان حالتوں میں حدقہ عین سیاہ نہیں نظر آتا بلکہ خاکستری یا سفیدی مائل رنگ اس کے اندر دکھائی دیتا ہے۔ مسواط کے ذریعہ آہستہ آہستہ پچپارا دینے سے یہ حصص نکل جاتے ہیں مگر حرکات کی وضع اور سمت وہی ہو جو عدسہ کے اخراج کے لئے بتائی گئی ہے لیکن دباؤ اِس میں کم ہونا چاہئے۔ ان حرکات کے باوجود بھی عدسہ پوری طرح نہیں نکلتا اگر بقیہ حصہ کو آنکھ میں چھوڑ دیا جائے تو آہستہ آہستہ خود بخود جذب ہو جاتا ہے مگر اس کی وجہ سے آنکھ میں خراش پیدا ہونے کا ڈر رہتا ہے۔ اس

خراش سے التہاب جسم ہدبی دعینی پیدا ہو جاتا ہے - اور ثانوی موتیا بند سخت و دبیز لاحق ہوتا ہے بعض ماہرین اپریشن کے بعد طبعی نمکین محلول سے خزانہ مقدم کو دبار کے ساتھ دھوتے ہیں جس سے عدسے کے بقیہ قشری حصص دھل کر باہر نکل جاتے ہیں مگر میرا ذاتی تجربہ ہے کہ اس کی وجہ سے آنکھ کے اندر خفیف التہاب جسم ہدبی دعینی شروع ہو جاتا ہے - خواہ معالج تطہیر کی زیادہ سے زیادہ سخت تدابیر عمل میں کیوں نہ لاوے - اسی لئے ہم اس کی سفارش نہیں کرتے -

علاج مابعد - جب کوکین محلول کا اثر زائل ہو جاتا ہے تو آنکھ کے اندر درد اور تکلیف کا احساس ہوتا ہے - یہ حالت چار پانچ گھنٹہ تک رہتی ہے - اس لئے اپریشن صبح کو کریں تاکہ رات کو مریض آرام کے ساتھ سو سکے - اگر درد کی وجہ سے نیند نہ آوے تو اسپرین یا برومائڈ کی ایک خوراک دیدیں - اس سے درد کم ہو جاتا ہے اور مریض آرام کے ساتھ سو جاتا ہے -

مریض کو آرام سے چت لٹائے رکھیں اور ہر قسم کا زور لگانے کو منع کر دیں - چھینک کو روکنے کے لئے ناک کے پاس ہونٹ کے اوپر انگلی سے دباؤ ڈالنے کو بتا دیں - رات کو مریض کے ہاتھوں کو بستر کے ساتھ ہلکے طور پر باندھ دیا جائے تاکہ سونے کی حالت میں وہ اپنے ہاتھوں سے آنکھوں کو نہ چھو سکے - پہلے چار روز تک کوئی مسہل دوا دیں اور غذا میں خالی دودھ پینے کو دیں - اپریشن کے دوسرے روز پٹی کھولیں - اجفان کو گرم بورک محلول سے دھو کر ان کو آہستہ سے کھولیں اور آنکھ میں ایک قطرہ ایک فیصدی ایٹروپین محلول کا ڈالدیں - زخم کا معائنہ کریں مگر ضرورت سے زیادہ اس کو نہ چھیڑا جائے ، دوسرے روز اس کا معائنہ زیادہ غور سے کیا جائے - قرنیہ خوب چمکدار ہونا چاہئے - اور حدقہ خوب پھیلا ہوا اور گول ہو - اوپر کی طرف زخم کے پاس اگر قرنیہ کسی قدر سفید ہو تو کوئی حرج نہیں ہے - اس وقت آنکھ میں ایک قطرہ ایٹروپین کا اور ڈالیں - اگر تیسرے روز حدقہ عین پوری طرح پھیلا ہوا نہ ہو تو اس کا مطلب یہ ہے کہ آنکھ کے اندر خفیف التہاب عنبیہ موجود ہے لہذا ایٹروپین محلول اور ڈالا جائے اگر ضرورت ہو تو آنکھ کو گرم بورک محلول سے دھوئیں - عام طور پر التہاب عنبیہ نہیں ہوتا - عارضی ہدبی احتقان کے بعد آنکھ میں سکون ہو جاتا ہے - اور اس طرح ہفتہ عشرہ میں کسی قسم کا عددی آنکھ میں باقی نہیں رہتا - چوتھے یا پانچویں روز جس آنکھ پر اپریشن نہ کیا گیا ہو اسکو کھولدیں - اگر دونوں آنکھوں کو زیادہ دیر تک بند رکھیں گے تو بوڑھے مریضوں میں ہذیان شروع ہو جانے کا اندیشہ ہے - اگر کسی مریض کی بات چیت میں ہذیان یا کسیقدر بے ترتیبی ہو تو جس آنکھ پر آپریشن نہیں کیا گیا اس کو فوراً کھولدیں - لیکن

اگر یہ آنکھ اندھی ہو یا اس میں بصارت بہت کم ہو تو اپریشن والی آنکھ کی پٹی کھول دی جائے، تندرست آدمیوں کو بستر پر ایک ہفتہ تک لٹائے رکھیں۔ مگر چونکہ یہ مریض زیادہ تر بوڑھے ہوتے ہیں اور ان کے پھیپھڑوں میں تعفنی احتقان کا ڈر رہتا ہے اسلئے ضروری ہے کہ تیسرے روز اُن کو بستر پر ذرا اٹھا کر اور تکیہ لگا کر لٹائیں۔ اس کے بعد جلد ہی بستر سے اُٹھنے کی اجازت بھی دیدیں۔ ہلکی پٹی دس یا پندرہ روز تک باندھتے رہیں۔ اس کے بعد نزول الماء والی عینک لگانے تک سیاہ چشمے مریض لگائے رہے تو زیادہ بہتر ہے۔ اگر مریض ایسا نہ کرے گا تو اُسکو سرخ رنگ کی بصارت (بصارت احمر) لاحق ہوگی۔

قطع عنبیہ کے بغیر اخراج عدسہ

بسیط اخراج عدسہ ۔ مناسب مریضوں میں ماہرین بغیر قطع عنبیہ کے اخراج عدسہ کو پسند کرتے ہیں۔ مگر مختلف ماہرین کی رائے اس طریقہ اپریشن کے متعلق مختلف ہے۔ اس میں اور تمام اعمال ویسے ہی انجام دے جاتے ہیں جیسا کہ اس سے قبل بیان کئے گئے ہیں۔ فرق صرف یہ ہوتا ہے کہ اس میں عدسہ کے نکالنے کے واسطے عنبیہ کو نہیں کاٹا جاتا۔ گویا کہ عدسہ تندرست حدقہ میں سے ہو کر نکلتا ہے۔

دونوں آپریشنوں کا موازنہ کرتے ہوئے ہم کہہ سکتے ہیں کہ اخراج بسیط کا فائدہ حسب ذیل ہوتا ہے۔

(۱) یہ عمل سادہ ہے (۲) اس میں آنکھ کے اندر کم سے کم خرابی لاحق ہوتی ہے (۳) کم سے کم اوزار درکار ہوتے ہیں (۴) آنکھ کے اندر بھی کم سے کم اوزار داخل کرنے کی ضرورت پڑتی ہے (۵) حدقہ کا گول ہونا مناظری حیثیت سے مفید ہوتا ہے اس کی وجہ سے چوندھ کم پیدا ہوتی ہے۔ باہر کی اشیاء کی شبیہ نہایت صاف ہوتی ہے۔ میدان بصر عمدہ ہوتا ہے۔ گول حدقہ کی وجہ سے آنکھ خوبصورت رہتی ہے (۶) عنبیہ کو نہایت آسانی کے ساتھ واپس کیا جا سکتا ہے (۷) زخم کے اندر عنبیہ کے پھنسنے کا خطرہ بہت کم ہوتا ہے (۸) زجاجیہ بہت کم باہر خارج ہوتی ہے (۹) آنکھ کی اندرونی نسیجیں عدوی سے محفوظ رہتی ہیں (۱۰) عنبیہ کے نہ کٹنے کی وجہ سے درد اور نزف الدم دونوں نہیں ہوتے۔

مناظری حیثیت سے بہت زیادہ فائدہ پہونچتا ہے۔ خطرات کے مقابلہ میں خوبصورتی کا فائدہ کچھ اہم نہیں ہے حالانکہ بعض اوقات اس کی خواہش بھی زبردست ہوتی ہے۔

یہ امر مشتبہ ہے کہ آیا بسیط اخراج میں رطوبت زجاجیہ باہر خارج ہوتی ہے یا مرکب اخراج میں۔ عنبیہ سے

نزف الدم بہت ہی شاذ صورتوں میں ہوتا ہے ورنہ زیادہ تر یا تو مخطی پردہ سے ہوتا ہے یا نگاف کے زیادہ پچھلی حصہ میں ہونے کی وجہ سے ہوتا ہے۔ بسیط اخراج کی مخصوص خرابیاں ذیل میں درج کی جاتی ہیں۔

(۱) عنبیہ کے باہر کو نکل جانے کا خطرہ (۲) مقدم غلاف کا پوری طرح نہ کٹنا (۳) عدسہ کے نرم حصہ کا پوری طرح باہر نہ نکلنا (۴) خلفی التصاقات کا ڈر (۵) اگر التہاب عنبیہ لاحق ہو تو ثانوی زرق الماء کا خطرہ۔

مرکب اخراج کے فوائد۔ (۱) عدسہ کے اخراج میں زیادہ آسانی ہوتی ہے (۲) نرم عدسہ کے اخراج میں نسبتاً زیادہ سہولت ہوتی ہے (۳) مقدم عدسی غلاف کو با آسانی شق کر سکتے ہیں اسی لئے آئندہ چل کر سوئی کے ذریعہ آپریشن کرنے کی کم ضرورت ہوتی ہے (۴) عنبیہ باہر کو بہت کم نکلتا ہے (۵) ثانوی زرق الماء کا خطرہ کم ہوتا ہے۔

مرکب اخراج کی خرابیاں۔ (۱) آپریشن زیادہ پیچیدہ ہو جاتا ہے (۲) زیادہ اوزاروں کی ضرورت ہوتی ہے (۳) آنکھ کے اندر زیادہ اوزار داخل کرنے پڑتے ہیں (۴) آپریشن میں زیادہ دیر لگتی ہے (۵) مناظری اور خوبصورتی حیثیات سے بھی یہ اپریشن خراب ہوتا ہے (۶) عنبیہ اور عدسی غلافی حصص کا زخم کے اندر پھنسنا (۷) اپریشن کے بعد ثانوی زرق الماء کا زیادہ خطرہ رہتا ہے (۸) عنبیہ کے کاٹنے سے درد اور نزف الدم ہو سکتا ہے۔

معالج کو چاہئے کہ عنبیہ کے باہر نکلنے اور اُس کی وجہ سے پیش آنے والے خطرات کی بناء پر بسیط اخراج عدسہ کا عمل اس وقت تک ہرگز نہ کرے جب تک کہ وہ مرکب اخراج عدسہ کے عمل کا ماہر نہ ہو جائے۔ اگر بسیط اخراج کے بعد عنبیہ کو اپنی جگہ واپس کرنے میں کوئی دقت پیش آوے یا عنبیہ کو اپنی جگہ واپس کرنے کے بعد حدقہ گول نہ ہو تو قطع عنبیہ کا عمل فوراً انجام دیں۔

باہر عنبیہ کا نکلنا اپریشن کے ۴۸ گھنٹہ کے بعد ہو سکتا ہے، اگر فوری طور پر قطع عنبیہ کا اپریشن نہ کر دیا جائے تو اس کے نتائج بہت خطرناک ہوتے ہیں۔ پھنسا ہوا عنبیہ تو ترمین کو برداشت نہیں کر سکتا اسلئے کیس نمالیفی ندبی ساخت اس مقام پر ابھر آتی ہے۔ سادی کیفیت سے بصارت کی تیزی زائل ہو جاتی ہے۔ اور آنکھ التہاب عنبیہ وجسم ہدبی کی وجہ سے بہت سے خطرات کا شکار ہو جاتی ہے۔ اس کی وجہ سے شرکی التہاب عین یا التہاب کل العین

بھی پیدا ہو سکتا ہے۔

دونوں قسم کے عمل اخراج جن میں عنبیہ کے باہر نکلنے کا ڈر رہتا ہے اگر انہیں بسیط عمل اخراج کے بعد محیط عنبیہ میں ایک چھوٹا سا گول سوراخ بنا دیا جائے تو یہ خطرات رفع ہو جاتے ہیں۔ اخراج عدسہ کے بعد عنبیہ کا محیطی حصہ پکڑ کر باہر نکال لیں اور اُس کو کاٹ دیں۔ سوراخ چھوٹے سے چھوٹا زیادہ موزوں ہوتا ہے۔ عنبیہ کے محیطی حصہ میں چونکہ یہ سوراخ چھوٹا ہوتا ہے اس لئے صلبیہ کے پیچھے ڈھک جاتا ہے۔ اور اگر ایسا نہ بھی ہو تو بالائی جفن سے ڈھک جاتا ہے اور اس کے ذریعہ خزانہ موخر سے خزانہ مقدم میں کافی رطوبت پہونچتی رہتی ہے۔ لہٰذا عنبیہ باہر کو نہیں نکلتا۔ اور علاقی غشار بھی زخم کے اندر نہیں پھنستی۔

اخراج عدسہ کے بعد خاص پیچیدگیاں یہ پیدا ہوتی ہیں کہ خطوطی التہاب قرنیہ پیدا ہو جاتا ہے۔ زخم کے اندر عنبیہ کا پھنسنا، التہاب عنبیہ، التہاب عنبیہ وجسم ہدبی، شرکی التہاب العین، ثانوی زرق الماء، آنکھ کے اندر نزف الدم زخم کے اندر عدوی کا توث، عفنی التہاب کل العین وغیرہ لاحق ہوتا ہے۔

اخراج بسیط کے بعد عنبیہ زیادہ تر باہر نکلتا ہے۔ مرکب اخراج میں عنبی دونوں کناروں میں سے کوئی مادوث نہیں ہوتا مگر دو ایک روز کے بعد ضرب وغیرہ کی وجہ سے ایسا ہو جاتا ہے۔ مثلاً گرنا، ٹھوکر، کھانسنے یا کھانسنے میں زور لگانے سے ایسا ہو سکتا ہے۔ اس کا علاج یہ ہے کہ فوراً باہر نکلے ہوئے عنبیہ کو کاٹ دیا جائے، چونکہ اس حالت میں عنبیہ کے اندر خراش ہوتی ہے۔ اس لئے قطع عنبیہ کا عمل تکلیف دہ ضرور ہوتا ہے۔ یعنی اس میں مریض درد محسوس کرتا ہے اس لئے بہتر ہے کہ اس عمل میں عمومی تخدیر سے کام لیا جائے۔

زخم کو دوبارہ از سر نو کھول دیں۔ ملتحمی پردہ کے نیچے مسواط عنبیہ لیجا کر اس کے الصاقات کو توڑ دیں اور باہر نکلے ہوئے عنبیہ کو برہنہ کر لیں۔ ملتحمی پردہ کو نیچے قرنیہ پر الٹ دیں، عنبیہ کو پکڑ کر باہر کھینچیں اور "ڈی کر قینچی" سے کاٹ دیں۔ اس کے بعد مطہر مسواط سے عنبیہ کو اپنی جگہ پر واپس کر دیں۔

از سر نو خزانہ مقدم کا دیر میں بھرنا

اس کی وجہ یہ ہو سکتی ہے کہ زخم صاف کٹا ہوا نہ ہو بلکہ اس کے کنارے کٹے پھٹے ہوئے اور بے قاعدہ ہوں۔ زخم کا زیرین لب بالائی لب پر چڑھ جائے ممکن ہے اس کا کوئی ظاہری سبب نہ بھی معلوم ہو۔ یہ خرابی زرق الماء کے قطع عنبیہ کے بعد عموماً پیش آتی ہے

مگر اخراج عدسہ کے بعد عام طور پر ایسا نہیں ہوا کرتا۔ ایسی صورت میں پٹی نہایت ہلکی باندھیں یا بالکل ہی نہ باندھیں دن میں سیاہ چشمے لگائیں۔ یا جال دار پٹی آنکھ پر باندھ دی جائے۔

زخم کے اندمال میں تاخیر بعض ماہرین قرنوی شگاف کو پسند کرتے ہیں، ایسے شگافوں کا اندمال دیر میں ہوتا ہے۔ لہٰذا مریض کو اس وقت تک بستر پر آرام کے ساتھ لٹائے رکھیں کہ زخم پوری طرح مندمل ہو جائے۔ عام طور پر اس کا سبب عنبیہ یا عدسی غلاف کا زخم میں پھنسنا ہے۔ اگر عنبیہ باہر کو نکل آئے تو آپریشن کر کے اس کو کاٹ دیں۔ مگر بعض اوقات نہایت آہستہ آہستہ عنبیہ زخم کے باہر نکلتا ہے۔ دونوں حالتوں میں یعنی ندبی ساخت کیسی شکل اختیار کر لیتی ہے۔ پہلے اس کا کچھ حصہ مگر آخر میں پوری ساخت باہر کو پھول آتی ہے۔

نہایت احتیاط اور غور کے ساتھ معائنہ کر کے دیکھیں کہ عنبی کٹاؤ کے سِروں میں سے کوئی کونا تو زخم کے اندر نہیں پھنس رہا۔ پوری طرح ابھری ہوئی یعنی ندبی ساخت کو نہ چھیڑیں، حالانکہ اس کی وجہ سے سداد بصر بہت زیادہ پیدا ہوتا ہے۔ اس میں ثانوی عدوی بھی شامل ہو سکتا ہے۔ اور اس سے التہاب عنبیہ وجسم ہدبی و شرکی التہاب ملتحمہ العین بھی لاحق ہو سکتا ہے، خوش قسمتی سے زور کے ساتھ دباؤ کے ذریعہ نسیجوں کو باہر نکال دینے والا نزف الدم ان اعمال میں شاذ و نادر ہی ہوتا ہے بعض اوقات بوڑھے افراد جن میں تصلب شریانی موجود ہو یا جن کے نظام جسمانی میں کوئی عمومی خلل مثلاً ذیابیطس وغیرہ پایا جاتا ہو ان میں اس قسم کا نزف الدم پایا جاتا ہے۔ اس کے ساتھ یکایک شدید قسم کا درد ہوتا ہے۔ پٹی کھولنے پر زخم کے لب پھیلے ہوئے معلوم ہوتے ہیں۔ اور اس کے اندر زجاجیہ و منجمد خون بھی مل سکتا ہے۔ ایسی صورت میں آنکھ ضائع ہو جاتی ہے۔ اور اس کا نکال دینا ہی بہتر ہوتا ہے۔ نزف الدم کو روکنے کے لئے بھی یہی تدبیر بہتر ہے خالی مقام کو گاز سے خوب بھر کر پٹی باندھ دینا چاہئے۔

بعض اوقات تمام تدابیر کے باوجود عفنی عدوی آنکھ میں پہونچ جاتا ہے، عام طور پر جس کا سبب کرویات ذات الریہ ہوتے ہیں۔ اور کبھی کرویات عقدیہ بھی اس کا باعث بنتے ہیں۔ ان کے علاوہ دوسرے قسم کے جراثیم بھی یہ عدوی پیدا کر سکتے ہیں۔ آپریشن کے بعد ۱۲ سے ۳۶ گھنٹے کے اندر یہ حالت پیدا ہوتی ہے التہاب عنبیہ کی وجہ سے درد نہایت شدید ہوتا ہے۔ پٹی کھول کر دیکھنے پر بالائی جفن متورم نظر آتی ہے۔ اجفان کو کھولنے پر رطوبت دمعیہ باہر نکلتی ہے اور آنکھ میں مخاط ملی ہوئی پیپ موجود ہوتی ہے۔ اگر ضرورت ہو تو جفن کو ہٹانے والا آلہ استعمال کریں۔ مگر یہ خیال

رہے کہ نہایت سہولت اور احتیاط سے کام لیا جاوے۔

قرنیہ غیر چمکدار ہوتا ہے سحابی کیفیت اس میں بالخصوص اوپر کے حصہ میں پائی جاتی ہے۔ زخم کے کنارے زرد ہوتے ہیں۔ عام طور پر یہ عدوی تیزی کے ساتھ پھیلتا ہے اور شدید التہاب عنبیہ شروع ہو جاتا ہے۔ عینی گناؤ کے درمیان ارتشاحی رطوبت بھر جاتی ہے۔ خزانہ مقدم میں صدیدی ارتشاح پایا جاتا ہے۔ بالآخر زجاجیہ میں عدوی شامل ہو کر التہاب کل العین پیدا ہو جاتا ہے۔ علاج سے گو کہ شاذ و نادر ہی فائدہ ہوتا ہے لیکن پھر بھی مستعدی اور عجلت کے ساتھ کامل علاج کو جاری رکھا جائے۔ خزانہ مقدم کو ہائیڈروجن پر آکسائڈ سے دھوئیں۔ زخم کے لبوں کو بکواۃ کہربائی سے جلا دیں۔ زیر ملتحمہ (۵۰۰۰ میں ۱) سیمابی محلول یا اسی طاقت کا مرکزی سایا نائٹریٹ محلول کی تلقیح کریں۔ مگر اس تلقیح سے تکلیف بہت شدید ہوتی ہے اور فائدہ کم۔ جراثیم عقدیہ یا عنقودیہ کی ویکسین زیر جلد تلقیح کی جائے۔ از خم کے جراثیم سے ذاتی ویکسین تیار کر کے اس کی بھی تلقیح کریں۔

اخراج عدسہ میں ہمیشہ کچھ نہ کچھ التہاب عنبیہ ضرور ہوتا ہے اور زیادہ شدید اُن صورتوں میں ہوتا ہے جبکہ اخراج عدسہ میں عدسہ کا کچھ مواد اندر ہی رہ جاوے یا اسی کے ساتھ جسم کے اندر عمومی مرض مثلاً ذیابیطس، نقرس وجع مفاصل موجود ہو۔ متوسط درجہ کی شدید وہ حالتیں ہیں جن میں کہ مکون التہاب عنبیہ موجود ہوتا ہے اور اس کا باعث کمزور قسم کے جراثیم کا عدوی ہوا کرتا ہے اُن مریضوں میں بھی یہ حالت پائی جاتی ہے جن میں جراثیمی حملے کے خلاف قوت مدافعت کافی موجود ہوتی ہے اور سب سے خراب وہ حالتیں ہیں جن میں عفنی عدوی آنکھ کے اندر پہونچ جاتا ہے۔

اگر عنبیہ میں خفیف التہاب ہو تو اس کی وجہ سے آنکھ میں خراش قائم رہتی ہے۔ اور نہایت آہستہ آہستہ بصارت کو خراب کرنے کا باعث بنتی ہے۔ ایسے مریضوں کی آنکھ میں قرنیہ کے پیچھے رسوبی حالت موجود ہوتی ہے جس کا مطلب یہ ہے کہ التہاب عنبیہ کے ساتھ جسم ہدبی کا بھی التہاب موجود ہے۔ موخر الذکر دونوں حالتوں کو ہم ایک ہی قسم کا شرکی التہاب عین کہہ سکتے ہیں۔ یہ دونوں خطرناک ہوتے ہیں۔ لہذا اخراج عدسہ کے لئے ہر مریض میں اس کے قرنیہ کو تنویر موربی اور چھوٹے محدب عدسہ کے ذریعہ معائنہ کر لینا چاہیے، رسوبی حالت کو خاص طریقہ پر دیکھا جائے۔ یہ معائنہ متعدد مرتبہ کیا جائے، بالخصوص اُن حالتوں میں جن میں کہ آنکھ کے اندر

سرخی موجود ہو اور روشنی میں دیکھنے سے رطوبت دمعیہ بہت نکلتی ہو۔ اگر قرنوی موخر سطح پر رسوب پائے جائیں تو سوئی کے ذریعہ آپریشن یا ثانوی نزول الماء کے اپریشن کو ملتوی کر دیا جائے۔ بعض اوقات قرنیہ کی موخر سطح پر عدسہ کے چھوٹے چھوٹے ٹکڑے بھی پائے جاتے ہیں۔ جن کو ہم پوری طرح قرنیہ کی موخر سطح کے رسوب سے تمیز نہیں کر سکتے۔

طبقہ مشیمیہ کا اپنی جگہ سے اکھڑ جانا

ثانوی زرق الماء - عدسی اخراج کے بعد شروع ہو سکتا ہے۔ اس کا باعث غالباً محیطی التصاقات اور زخم کے اندر عدسی غلاف کا پھنسنا ہے۔ بعض اوقات خزانہ مقدم میں بشری خلیات کے استر کر دینے کی وجہ سے بھی یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ ان حالتوں میں اندمال میں تاخیر کی وجہ سے ملتحمی بشرہ خزانہ مقدم کے اندر پھیل کر اُس میں استر کر دیتا ہے اور بڑھ کر عنبیہ کی سطح، غلاف عدسی اور قرنیہ پر بھی پہونچ جاتا ہے۔ ایسی حالت والے مریضوں کا کوئی علاج نہیں ہے۔ اور مرض کی تشخیص بھی یقینی طور پر ممکن نہیں ہوتی۔

بعض اوقات ثانوی نزول الماء کا آپریشن سوئی کے ذریعہ کرنے کے بعد زرق الماء پیدا ہو جاتا ہے۔ ماہرین کا خیال ہے کہ ان حالتوں میں رطوبت زجاجیہ خزانہ مقدم میں آجاتی ہے۔ اور ترشح میں حارج ہوتی ہے۔ مگر ہمارے خیال میں یہ نظریہ صحیح نہیں ہے۔ یہ ضرور ہے کہ ایسے مریضوں کی آنکھیں خراب ہو جاتی ہیں۔ اگر عدسی غلاف کے التصاقات موجود ہوں تو اُن کو کاٹنے کی کوشش مناسب ہے۔ اس سے انذار مرض کسیقدر بہتر ہو جاتا ہے۔ جب یقینی طور پر کسی سبب کا پتہ نہ چلے تو عمل ثقبی کر دینا چاہیے۔

نزول الماء کے آپریشن کے دو طریقے ہیں

(۱) پورے عدسہ کو مع غلاف کے آنکھ سے نکال دینا۔

(۲) عدسی غلاف کو شق کر کے اس میں سے عدسہ کے اجزاء کو نکالنا۔

ہندوستان میں نزول الماء کے مریض بہت زیادہ ملتے ہیں اور ماہرین کو تجربہ کا بھی خوب موقع حاصل ہوتا ہے لیکن اس کے باوجود ماہرین نزول الماء کے عمل جراحیہ میں مختلف الرائے ہیں۔ چنانچہ اس عمل کو دو طریقہ سے انجام دیتے ہیں۔

پہلا طریقہ پورے عدسہ کو مع غلاف کے خارج کرنا - اس کے فوائد ذیل میں درج کئے جاتے ہیں -
(۱) غیر پختہ نزول الماء کا بغیر انتظار کے آپریشن کر سکتے ہیں - (۲) عدسہ کا قشری حصہ باقی نہیں رہجاتا اس لئے ثانوی نزول الماء کے پیدا ہونے کا کوئی اندیشہ نہیں ہوتا - اور اسی وجہ سے ان حالات میں التہاب عنبیہ بہت کم لاحق ہوتا ہے (۳) غلاف عدسہ کے باقی رہ جانے کی وجہ سے جو موتیا بند پیدا ہوتا ہے اُس کا بھی امکان نہیں رہ جاتا (۴) اچھا ہونے میں عوارض بہت کم لاحق ہوتے ہیں - بالخصوص قرنوی اور غلافی التصاقات بالکل ہی نہیں پیدا ہوتے -

عدسی غلاف کو شق کر کے اخراج عدسہ یعنی دوسرے طریقہ پر عمل کرنے والے ماہرین مندرجہ ذیل وجوہ کو اس کے خلاف بیان کرتے ہیں -

(۱) دوسرے طریقہ کے مقابلہ میں اس کا طریقہ عمل زیادہ مشکل (پیچیدہ) ہے (۲) نہایت ہوشیار مددگار کی ضرورت ہوتی ہے (۳) زجاجیہ کے زیادہ خارج ہونے کا احتمال رہتا ہے - آپریشن کے بعد حدقہ کا اوپر کی طرف کو ہٹ جانے کا مفہوم یہی ہے کہ پُرانے آپریشن کے مقابلہ میں اس آپریشن کے اندر زجاجیہ میں اہم تبدیلی پیدا ہوتی ہو - (۴) یہ صحیح ہے کہ اس طریقہ پر عمل پیرا ہونے سے زخم کے اندر پھنسنے کے لئے کوئی غلاف باقی نہیں رہتا لیکن زخم کے اندر زجاجیہ بھی پھنس سکتا ہے - علاوہ ازیں زجاجیہ کے مقدم پرتوں میں تغیرات کی وجہ سے ثانوی نزول الماء کے پیدا ہونے کا اندیشہ ہے -

ہمارے خیال میں مبتدیوں کے لئے غلاف عدسہ کو شق کرنے کے بعد اخراج عدسہ کا عمل زیادہ مناسب ہے اور اس میں بھی کوئی شک نہیں ہے کہ اس کے علاوہ دوسرا طریقہ بھی زیادہ سادہ اور آسان ہے - بہرحال اس کا صحیح فیصلہ متعدد آپریشن کے بعد کرنا چاہیئے -

مدراس میں اخراج عدسہ کا جو طریقہ رائج ہے اُس کو ذیل میں بیان کیا جاتا ہے -

درجہ اول - ذکر کئے ہوئے طریقہ سے آنکھ کو خوب صاف کرنے کے بعد کوکین محلول سے اُس میں تخدیر پیدا کریں مریض کو مارفین ایٹروپین کی تلقیح دی جائے - ایٹروپین کے ذریعہ حدقہ کو منبسط کرلیں بفتاح الجفن کو آنکھ کے اندر قائم کردیں معالج اپنے بائیں ہاتھ میں قائم کرنے والی چمٹی لیکر اُس سے قرنوی وصلبی جار اتصال سے

نیچے ملتحمہ اور اُس کی زیرین ساختوں کو پکڑ کر آنکھ کو قائم کرے اس حالت میں معالج اپنے ہاتھ کو مریض کے چہرے کے اوپر ٹیک لے، اور دائیں ہاتھ میں "باؤمین" کی سوئی لیکر آنکھ کے اندرونی بجے کے مقام پر داخل کرے اور حدقہ عین کے دوسری طرف لیجا کر اُس کی کاٹنے والی سطح کو عدسی غلاف کی طرف کرے۔ اب تک جو شگاف ہوا ہے یہ افقی ہوتا ہے اب نیچے کی طرف ذرا حرکت دے کر اس کو T کی شکل کا بنا دے، اس کے بعد سوئی کو آہستہ سے باہر کھینچ لے۔

اس عمل میں اس اوزار کو انگلیوں کے درمیان نہایت ہلکے طور پر پکڑے رہیں زیادہ زور کے ساتھ نہ پکڑیں اور مددگار اپنے ہاتھ کو معالج کے بازو پر سے گذار کر عضلہ محیط جفنی کو مجری کناروں کی طرف کھینچے رکھے۔ تاکہ مریض آنکھ کو بھینچ نہ سکے،

پہلے درجہ کے عوارض (۱) سوئی کو اندر داخل کرنے میں ممکن ہے کہ عنبیہ چھد جائے، اگر ایسا ہو تو سوئی کو کسی قدر باہر نکالیں اور پھر آگے بڑھائیں جب خزانہ مقدم کے اندر اوزار پہونچتا ہے تو بہ نسبت باہر کے زیادہ چمکدار معلوم ہوتا ہے۔

(۲) ممکن ہے کہ سوئی کے ساتھ رطوبت مائی باہر خارج ہو جائے اور خزانہ مقدم خالی ہو جائے جس کے اسباب حسب ذیل ہوتے ہیں۔ (الف) سوئی کو سختی کے ساتھ پکڑنا (ب) بہت زیادہ سوئی کا حرکت کرنا (ج) سوئی کے پھل سے سوراخ بہت بڑا ہو جائے۔ جو کہ سوئی کے چار طرف خالی رہے (ڈھیلا ہو)

جو سوئی ایک مرتبہ سان پر چڑھ چکی ہو وہ نئی سوئی سے بہتر ہوتی ہے کیونکہ نئی سوئی کی دھار کسی قدر چوڑی ہوتی ہے۔ اگر خزانہ مقدم کی رطوبت نکل جائے تو منظلہ (Irrigator) کے ذریعہ اسکو پھر بھر لیں۔

دوسرا درجہ - (شگاف دینا) پہلے درجہ میں جیسا بیان کیا گیا ہے ملتحمہ کو مع زیرین ساختوں کے پکڑ لیں، اگر بیٹ کا چاقو یا اسی قسم کا کوئی دوسرا چاقو سوئی کے شگاف کے راستے اندر داخل کریں اور دوسری طرف قرنوی وصلبی جا اتصال پر ۲ ½ یا ۳ بجے کے مقام پر باہر نکالیں مگر یہ یاد رکھیں کہ چاقو کی نوک کو باہر اُسوقت نکالیں جبکہ عنبیہ کا ذرا سا حصہ چاقو کی نوک اور خزانہ مقدم کے زاویہ کے درمیان دکھائی دے، دوسری طرف باہر نوک نکالتے وقت انگلیوں کی حرکت سامنے اور اوپر کی طرف ہونا چاہئے۔ یہاں تک کہ چاقو پوری طرح دونوں طرف آجائے، اب انگلیوں سے چاقو کو اوپر اور پیچھے کی طرف حرکت دیں۔ اور ان حرکات کو دہراتے رہیں۔ یہاں تک

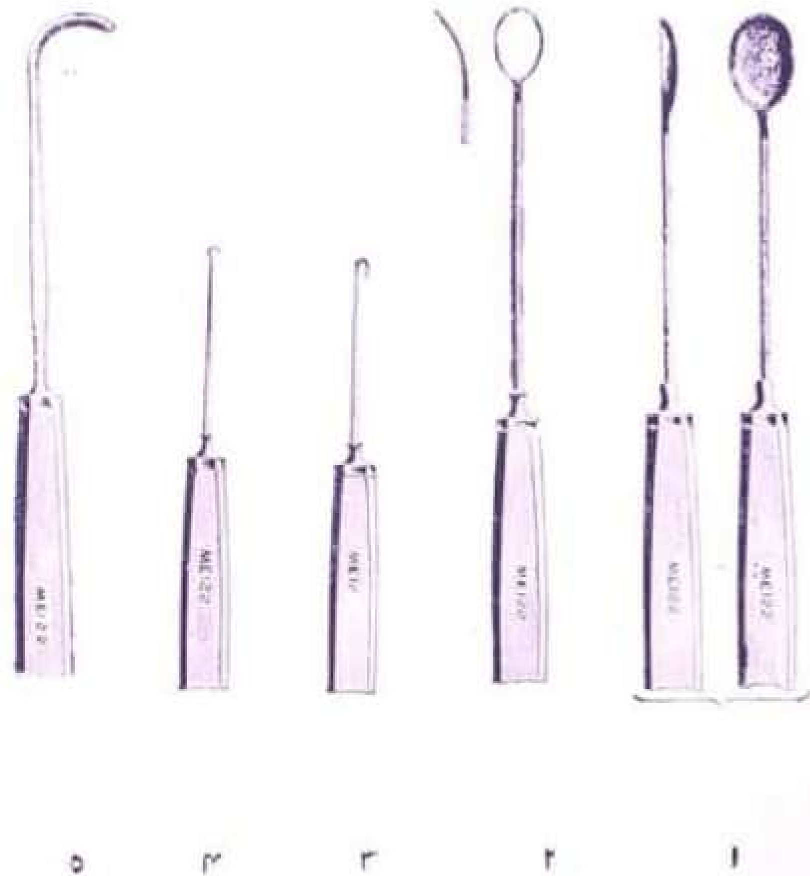
کہ چاقو قرنوی وصلبی جار اتصال پر اوپر کو پہونچ جائے، گویا کہ اب شگاف پورا ہو گیا۔ قرنوی وصلبی جا، اتصال کا پہلے اچھی طرح معائنہ کر کے صحیح اندازہ کر لیں۔ شگاف دیتے وقت چاقو کے پھل کو ذرا سامنے کی طرف جھکائے رکھیں تا کہ قرنوی وصلبی جار اتصال والے حلقہ کے ساتھ یہ خفیف سا زاویہ بنا دے۔ چاقو کو مضبوطی کے ساتھ ہرگز نہ پکڑیں، جہاں تک ہو سکے ہلکے طور پر انگلیوں کے ذریعہ اس کی گرفت کریں اور نسیجوں میں سے اسکو اپنا راستہ خود اختیار کرنے دیں۔ عضلہ محیط جفنی کو ایک مددگار مجری کناروں کی طرف کھینچے رکھے جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔

دوسرے درجہ کے عوارض۔ (۱) اگر شگاف دینے میں چاقو کی نوک دوسری طرف بہت زیادہ گہرائی میں جا نکلے اور صلبیہ میں نمودار ہو تو خزانہ مقدم میں واپس کھینچکر دوبارہ باہر کی طرف نکالیں۔

(۲) نسیجوں کے کاٹنے میں بھی مشکلات پیش آتی ہیں۔ جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ چاقو کند ہوتا ہے۔ مگر عام طور پر یہ مشکل اسلئے پیش آتی ہے کہ معالج چاقو کے پھل کی سطح کے مطابق زور نہیں لگاتا۔ بلکہ چاقو کی چوڑی طرف سے کاٹنا چاہتا ہے۔ اور زور دھار کے مطابق نہیں لگاتا۔ اُسکو چاہیئے کہ شگاف دیتے ہوئے چاقو کو ہلکے ہاتھ سے پکڑیں اور جس طرح لکھنے میں صرف اُنگلیاں حرکت کرتی ہیں اُسی طرح شگاف دینے میں اُنگلیوں سے کام لیں۔

(۳) چاقو کے اوپر عنبیہ چڑھ جائے جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ چاقو کو بہت زیادہ پیچھے کی طرف ٹیڑھا کر دیا جاتا ہے۔ اور اس وقت معالج چاقو کی دھار کے بجائے چوڑے حصہ سے شگاف دینے کی کوشش کرتا ہے، لہذا جب یہ مشکل پیش آوے تو چاقو کی سخت اور مضبوط گرفت کو ڈھیلا کر دیں۔ اور اسکو ذرا سامنے کی طرف ٹیڑھا کریں عنبیہ کو اندر سے کاٹ دیں اور احتیاط رکھیں کہ چاقو کا کوئی حصہ اجفان کو نہ چھو جائے ورنہ آنکھ کے اندر عدوی داخل ہونے کا اندیشہ رہتا ہے۔

تیسرا درجہ۔ (قطع عنبیہ) بائیں ہاتھ میں چمٹی پکڑیں۔ اور اس کے پھلوں پر سے پانی کو جھٹک کر گرا دیں عینی قینچی دائیں ہاتھ میں انگوٹھے اور انگوٹھے کے پاس والی انگلی سے پکڑیں۔ اسی ہاتھ سے عضلہ محیط جفن کو چھنگلیا اور اُس کے پاس والی انگلی سے اوپر کو ہٹائے رکھیں اور عینی چمٹی کو اندر داخل کریں عینی قینچی کو بھی تیار رکھیں تاکہ عنبیہ کو پکڑ کر باہر کھینچنے پر فوراً کاٹ دیں۔ بہتر ہے کہ دائیں ہاتھ کی انگلیوں کے سروں کو مریض کے رخساروں پر ٹیک دیں تاکہ ہاتھ نہ ہلے۔ مگر اس امر کی بہت احتیاط رکھیں کہ عینی چمٹی اجفان سے نہ چھو جائے،



۱   ۲   ۳   ۴   ۵

۱ ماہر ہیکن ستھکر کا موتیا بند والے عدسہ کے نکالنے کا چمچہ

۲ ماہر و کٹس کا حلقہ نما آلہ جس سے موتیا بند الگ کیا جاتا ہے

۳ علبیہ کو پکڑنے والا ہک یہہ اُس وقت استعمال کیا جاتا ہے جب کہ مسواط سے اُس کو نہ پکڑسکیں

۴ عدسہ کو نکالنے کا ہک اُس وقت استعمال کرتے ہیں جب کہ عدسہ پھنس جائے

۵ حول کا ہک (ماہر مورفیلڈ کا)

اب نہایت آہستہ آہستہ عنبیہ کو باہر کھینچیں، جیسے ہی عنبیہ باہر نکل آئے فوراً عنبی چمٹی سے کاٹ دیں۔ شگاف عمودی ہونا چاہیے تاکہ اس کا منہ چھوٹے سے چھوٹا ہے۔ اگر کوئی مددگار اسوقت آنکھ کو قائم کئے رہے تو بہتر ہے۔ لہذا قائم کرنے والی چمٹی سے قرنوی وصلبی جار اتصال کے نزدیک اوپر کی طرف شگاف کے انفی جانب دائیں آنکھ میں اور شگاف کے صدغی جانب بائیں آنکھ میں ملتحمہ کو مع زیرین ساختوں کے پکڑیں۔

تیسرے درجہ کے عوارض۔ (۱) اگر عدسہ کا قشری حصہ نرم اور پھولا ہوا ہو تو عدسی نویہ پھسل کر عنبیہ کے سامنے آجاتا ہے اس وقت عنبیہ کو پکڑنا مشکل ہو جاتا ہے، ان مریضوں میں بسیط اخراج عدسہ کا عمل زیادہ مناسب ہوتا ہے۔ قطع عنبیہ کا عمل نہ کرنا چاہیے۔ اگر معالج چاہے تو اُس وقت بھی عنبیہ کا پکڑنا ممکن ہے بشرطیکہ چمٹی کو اس طرح گھمائیں کہ اس کا ایک پھل نیچے کی طرف آجائے اگر یہ کوشش ناکام ثابت ہو تو عدسہ کو نکالنے کے بعد قطع عنبیہ کا عمل کرنا چاہیے بشرطیکہ عنبیہ ڈھیلا معلوم ہو۔

(۲) ممکن ہے کہ عنبیہ کو پکڑنے کے بعد اُسکو کاٹنے سے پہلے ہی مریض کے آنکھ کو گھمانے یا سر کو ہلانے سے عنبیہ اپنے ہدبی کنارے سے پھٹ جائے، اس خطرہ سے بچنے کے لئے ضروری ہے کہ عنبیہ کو بہت آہستہ سے پکڑے رہیں اور کاٹنے میں بہت عجلت کریں، اور اگر بالفرض یہ حادثہ پیش آجائے تو قائم کرنے والی چمٹی اور مفتاح الجفن دونوں کو چھوڑ دیں۔ بالائی جفن کے نیچے ہک کو داخل کرکے اوپر اور سامنے کی طرف جفن کو لے آویں اسوقت یہ ممکن ہو جاتا ہے کہ ٹیڑھے طریقہ پر عنبی چمٹی کو اندر داخل کرکے عنبیہ کو پکڑ کر باہر لے آویں، اور فوراً کاٹ دیں اس حالت میں مریض شاذونادر ہی کسی قسم کی حرکت کرتا ہے۔

چوتھا درجہ ۔(اخراج عدسہ) معالج اپنے بائیں ہاتھ کی انگلیوں سے عضلہ محیط جفن کو اوپر کی طرف محجری کنارے تک پھیلائے رکھے۔ اور مددگار ایک ہاتھ سے مریض کے رخسار کو نیچے کی طرف کھینچے رکھے، اور دوسرے ہاتھ سے مفتاح الجفن کو سامنے کی طرف اُٹھائے رکھے۔ معالج اپنے دائیں ہاتھ میں ملعقہ لیکر شگاف کے لئے بالائی کنارے کے اوپر صلبیہ پر ذرا پیچھے اور پھر آگے کو دباؤ ڈالتا ہے اس طرح کرنے سے عدسہ کے اوپر کے کنارے پر نیچے کی طرف اس کی پچھلی جانب سے دباؤ پڑتا ہے جس کی وجہ سے عدسہ دب کر شگاف میں سے باہر نکل آتا ہے۔ اسوقت غور سے قرنوی صلبی جار اتصال کی سطح معلوم کرکے اس کے عمودی قطر پہ قرنیہ کے

زیرین چوتھائی کے مقام پر ملعقہ کے ذریعہ دباؤ ڈالیں - اگر پہلے درجات میں تمام عمل صحیح طریقہ پر انجام دیا گیا ہے تو ایسا کرنے سے عدسہ کا اوپر کا سرا شگاف کے اندر چلا آوے گا - جب یہ نکلنا شروع ہو تو دباؤ کے رخ کو ذرا بدل دیں - یعنی اب دباؤ شگاف کے اوپر کی طرف ڈالا جائے - اور عدسہ کو ان دباؤ والی حرکات کے ساتھ ساتھ باہر لانے کی کوشش کی جائے - اگر عدسہ شگاف کے دونوں کناروں کے درمیان اٹک جائے ، تو دونوں کناروں پر ذرا دباؤ ڈالیں یا "بادیں" کی سوئی پر عدسہ کو اٹھا کر باہر نکال لیں - اگر دباؤ صحیح طور پر ڈالا جائے اور اس کے باوجود عدسہ باہر نہ نکلے تو سمجھنا چاہئے کہ شگاف چھوٹا ہے یا عدسی غلاف پوری طرح نہیں پھٹا - ایسی صورت میں عدسہ کے غلاف کو پوری طرح شق کر دیں اگر شگاف چھوٹا ہو تو کاٹنے والی عمدہ مطہر قینچی کا ایک پھل قرنیہ و عنبیہ کے درمیان شگاف کے ایک کونے میں داخل کر کے شگاف کے منہ کو بڑا کر لیں - اس آپریشن میں جب صحیح طور پر دباؤ نہیں ڈالا جاتا تو عدسہ شگاف کے اوپر والے لب کے پیچھے چلا جاتا ہے اور پھر باہر نہیں نکلتا - اگر یہ حادثہ پیش آوے تو شگاف کے لبوں کو چوڑا کر دیں - اور عدسہ کو صاف و مطہر سوئی کے ذریعے نیچے لا دیں - ایسا کرنے سے یہ باہر نکل آوے گا - اگر شگاف کافی بڑا ہو تو عدسہ اپنے زیرین کنارے سے باہر نکل آتا ہے -

پانچواں درجہ - (خزانہ مقدم کو طبعی نمکین سیال سے دھونا اور زخم کو آنکھ بند کرنے سے پہلے درست کر لینا) سیال کے ظرف والی نلکی کے سامنے ربڑ کی نلکی لگا دیں - اور دونوں کے جائے اتصال پر مطہر روئی لپیٹ دیں - تاکہ اگر کوئی قطرہ ٹپکے تو اسی روئی میں جذب ہو جائے - آنکھ کے اندر نہ گرے -

سیال کے ظرف کے ساتھ لگی ہوئی نلکی کے سرے کو معالج اپنے بائیں ہاتھ کے انگوٹھے اور انگلی کے درمیان پکڑے تاکہ سیال کے بہاؤ کی رفتار کو کسی قدر کم و بیش کر سکے اور اسی ہاتھ کی تین انگلیوں سے عضلہ محیط جفنی کو مجری کنارے کی طرف ہٹائے رکھے ، مددگار مفتاح الجفن کو سامنے کی طرف اٹھائے رکھے اور اپنے دوسرے ہاتھ کے انگوٹھے یا انگلی سے عضلہ محیط جفنی یعنی زیرین جفن کو نیچے کی طرف کھینچے رہے - معالج اپنے دائیں ہاتھ کی کلائی کو مریض کی پیشانی پر ٹیک دے ، اسی ہاتھ میں سیال کے برتن کی نلکی کو پکڑے رہے پہلے تھوڑا سیال مریض کے چہرے پر ڈالے اسکے بعد اس کی دھار کو زخم کے لبوں کی طرف کر دے ، ایسا کرنے سے خزانہ مقدم بھر جاتا ہے - عنبیہ کے پیچھے بھی کچھ سیال چلا جاتا ہے - اب اگر دھار کو آہستہ آہستہ جاری رہنے دے اور اسی کے ساتھ قرنیہ

بر چاروں طرف قرنوی وصلبی جار اتصال سے قرنیہ کے مرکز کی طرف ملعقہ کے ذریعہ آہستہ آہستہ پچار دیں۔ ایسا کرنے سے عدسہ کا تمام قشری حصہ آہستہ آہستہ باہر نکل آتا ہے اور کچھ عرصہ کے بعد حدقہ بالکل سیاہ نظر آنے لگتا ہے۔

اگر عدسہ کے بقیہ ٹکڑے زخم کے بالائی لب کے پیچھے چلے جائیں، اور وہاں پھنس جائیں تو سیال والی نلکی کا رخ اس طرح رکھیں کہ دھار کا رخ اوپر اور پیچھے کو ہو۔ اس صورت سے بھی عدسہ کا تمام قشری حصہ خارج ہو جائیگا۔ اور اگر نہ خارج ہو تو عنبی چمچی کو اندر داخل کرکے عدسی غلاف کے بالائی کنارے کو پکڑ کر نیچے لادیں اور باہر نکال دیں۔ عدسی غلاف کے اوپر کا حصہ ایسا کرنے سے پوری طرح خالی ہو جاتا ہے مگر یہ عمل مشکل ہوتا ہے۔

اگر اس کوشش کے باوجود عدسہ کا کوئی حصہ نہ نکل سکے تو ایک اور مطہر نلکی لیکر اسکو اندر داخل کریں اور اس پر دھار ڈالیں اس سے بقیہ حصہ بہت جلد خارج ہو جائیگا۔

جب حدقہ عین بالکل سیاہ نظر آنے لگے تو عنبیہ کو اپنی جگہہ پر واپس کرنے کی کوشش کی جائے جس کا طریقہ یہ ہے کہ نلکی سے دھار کو زخم کے دونوں کناروں کی طرف ڈالیں، اس طرح عنبیہ بآسانی اندر چلا جاتا ہے۔ اگر کسی قسم کا شک رہے تو سوا طاعنبی زخم کے اندر داخل کرکے عنبیہ کو اپنے مقام پر درست کر دیں۔ اس کے بعد اجفان کو بند کرکے شگاف کو آہستہ آہستہ سہلائیں، مگر یہ خیال رکھا جائے کہ جفنی کنارہ زخم کے لبوں کے ساتھ نہ لگے اور آنکھ کے اندر سے رطوبت خزانہ مقدم میں نہ چلی جائے۔ اب آنکھ کے اندر ایٹروپین کا ایک قطرہ ڈالکر آنکھ کو بند کرکے پٹی باندھ دیں۔ بطور تاکید کے اس امر کو مکرر ذکر کیا جاتا ہے کہ سیال کے برتن اور نلکی وغیرہ کو ہمیشہ مطہر کرنیکے بعد استعمال کریں۔

اخراج عدسہ کے آپریشن میں اجفان کو قابو میں کرنے کا کرنل سمتھ کا طریقہ

یہ طریقہ اسقدر اہمیت رکھتا ہے کہ اسکا بیان کرنا ضروری ہے، اس میں مددگار مریض کے بائیں طرف کھڑا ہوتا ہے، اور جفن کو کھولنے والا ہک بالائی جفن کے نیچے لگاتا ہے دائیں ہاتھ کے انگوٹھے اور انگشت شہادت کے درمیان ہک کو پکڑتا ہے۔ اور اسی ہاتھ کی بقیہ تین انگلیوں سے عضلہ محیط جفنی کو اوپر کی طرف محجری کنارے کی طرف ہٹائے رکھتا ہے ایسا کرنے میں اس کے ہاتھ کی ہتھیلی مریض کے پیروں کی طرف ہوتی ہے بائیں ہاتھ سے زیریں جفن کو محجری کنارے کی طرف نیچے کھینچے رکھتا ہے۔ اب اگر جفن کو سامنے لادیں تو اس کے ساتھ ساتھ محجری نسیج واصل مع اپنے ملحقات مثلاً رباط، غلاف ٹیننان، عضلات چشم سب کے ساتھ آگے کو چلی آتی ہے۔ گویا کہ

اس طرح آنکھ کا موخر قطب مجر کی چوٹی کی طرف خود بخود آجاتا ہے، جس کے ساتھ رطوبت زجاجیہ بھی اسی طرف چلی جاتی ہے۔ لہذا اس کے باہر نکلنے کا خطرہ باقی نہیں رہتا۔

اصول و قواعد مع ضروری ہدایات

مندرجہ ذیل امور کے ذکر کرنے کا مقصد یہ ہے کہ آپریشن کرنے والے معالجین کو اُن خطرات سے آگاہ کر دیا جائے جو کہ آپریشن کے سلسلہ میں پیش آتے ہیں تاکہ وہ پہلے سے ان خطرات سے بچنے کے لئے تیار ہو جائیں۔

اگر کسی مبتدی کو آپریشن کرتے ہوئے دیکھا جائے تو معلوم ہوگا کہ یہ اپنے اوزاروں بالخصوص سوئی اور چاقو کو جفنی کناروں پر لگانے کا عادی ہوتا ہے۔ اور چاقو کی نوک کی طرف اسقدر ہمہ تن متوجہ رہتا ہے کہ بقیہ حصہ چاقو کو بالکل ہی بھول جاتا ہے۔ یہ ایک ایسی عادت ہے جس کو ترک کرنے کے لئے توجہ اور محنت درکار ہوتی ہے۔ بہتر ہے کہ دوسری طرف چاقو کی نوک داخل کرنے سے پہلے آنکھ کو اندر کی طرف گھمالیں، اور پھر درمیانی خط پر لے آئیں۔ اس کے بعد چاقو کو دوسری طرف نکال کر تنگافت کو پورا کریں۔ ایسا کرنے سے جفنی کناروں کو راستے سے ہم پوری طرح ہٹا سکتے ہیں۔ خصوصاً ایسی حالت میں جب کہ ہم آپریشن سے پہلے جفنی بالوں کو بالکل کاٹ چکے ہوں۔

دوسری بات جس کا خیال رکھنا ضروری ہے وہ مفتاح الجفن کا استعمال ہے۔ بعض معالجین اس کو لگانے میں اجفان کے کناروں سے خوب مس کر دیتے ہیں۔ اگر مددگار زیرین جفن کو اور معالج بالائی جفن کو ہٹا کر احتیاط سے مفتاح الجفن کو لگائے تو کوئی وجہ نہیں کہ اوزار میں جفنی کناروں سے کسی قسم کا مواد لگ سکے۔

ہر اوزار کو دوسری مرتبہ استعمال کرنے کے لئے مطہر ضرور کریں۔ کاٹنے والے اوزاروں کے کاٹنے والے سرے معالج کے ہاتھوں کو نہ لگنے چاہئیں اور بقیہ اوزاروں کا بھی کسی جگہ چھوجانا کسی طرح مناسب نہیں ہے۔ اس قسم کی غلطیاں اسقدر عام طور پر سرزد ہوتی ہیں کہ ان کے متعلق متنبہ کر دینا نہایت ضروری ہے۔ اگر معالج بہت زیادہ آپریشن کر چکا ہو تو آپریشن کے ہر درجہ میں یہ حرکات خود بخود درست ہو جاتی ہیں۔

اخراج عدسہ کے آپریشن کے متعلق چند اصول

(۱) کبھی جلدی نہ کی جائے، کیونکہ اس آپریشن میں خود ہی وقت کم لگتا ہے۔

(۲) قائم کرنے والی چمٹی کو ہلکے طور پر پکڑیں۔ مقلہ عین پر بالکل دباؤ نہ پڑے کیونکہ اس دباؤ کی وجہ سے بہت زیادہ زجاجیہ خارج ہو جاتی ہے۔ قائم کرنے والی

۸۰۱

چمٹی کو پکڑنے کی ضرورت صرف اسلئے ہوتی ہے کہ آنکھ ایک جگہ پر قائم رہے ۔

(۳) چاقو کو سوئی سے بنائے ہوئے سوراخ کے اندر داخل کریں ۔ یہ بآسانی اندر داخل ہو گا ۔ چونکہ سوراخ اس سے پُر ہو جاتا ہے اسلئے رطوبت مائی خارج نہیں ہوتی ۔

(۴) چاقو کو اس کے محور پر کبھی نہ گھمائیں ۔ ورنہ رطوبت مائی خارج ہو جائیگی ۔

(۵) دوسری طرف صلبیہ کے اندر کبھی چاقو نہ نکالیں کیونکہ مشکلات میں اضافہ ہو جاتا ہے ۔ ہمیشہ دوسری طرف قرنوی صلبی جا ر اتصال پر چاقو کو نکلنا چاہیئے ۔

(۶) دوسری طرف چاقو کو نکالنے کے لئے نہایت دلیری کے ساتھ چاقو کے پھل کو دوسری طرف لیجائیں اور آرہ کشی کے مانند حرکات پہلے سے ہی شروع کر دیں تاکہ شگاف پہلے ہی بڑا ہو جائے ۔ اسی کے ساتھ چاقو کے پھل کو ذرا سامنے کی طرف جھکائیں ۔ تاکہ یہ عنبیہ کے اوپر سے گذر جائے اور اسکو کوئی نقصان نہ پہونچے ۔

(۷) کاٹنے میں زور پھل کی سطح کے مطابق لگائیں ، زاویہ کے طور پر زور نہ ڈالا جائے ایسا کرنے سے تیز چاقو قرنیہ میں سے بالکل اسی طرح گذرتا ہے جیسا کہ مکھن میں سے ۔ چاقو کو بہت سختی کے ساتھ نہ پکڑا جائے ، اسکی تیزی پر حصر کریں ، طاقت سے بالکل کام نہ لیں ۔

(۸) آہستہ آہستہ نہایت اطمینان کے ساتھ شگاف دیں جلدی کرنے کی کوئی ضرورت نہیں ، اس احتیاط پر عمل کرنے سے جفن جلدی اور زور سے نہ کھینچیں گی ورنہ جفن کے زور سے کھینچنے کی وجہ سے زجاجیہ خارج ہو جاتی ہے ۔

(۹) مصنوعی حدقہ چھوٹا بنانے کے لئے عنبیہ کو حدقی کنارے سے پکڑیں ۔ گرفت میں بہت تھوڑا حصہ لیں اور اسکو باہر نکالنے پر کٹاؤ اس طرح کریں کہ قینچی کی وضع شگاف کے ساتھ عمودی ہو ۔

(۱۰) عنبیہ کو چمٹی سے کچل نہ دیں ۔ بلکہ جسقدر نرمی سے ممکن ہو پکڑیں ۔ باہر کھینچنے میں بھی بیکار زور لگانے کی ضرورت نہیں ۔ اگر اس کا خیال رکھیں گے تو مریض کو کسی قسم کا درد نہ ہو گا ۔ اور نہ وہ درد کی وجہ سے پیچھے کو ہٹے گا اس طرح معالج آسانی کے ساتھ آپریشن کر سکے گا اور عنبیہ بھی شگاف کے کناروں میں نہ پھنسے گا ۔

(۱۱) شگاف کافی بڑا ہو تاکہ عدسہ آسانی کے ساتھ خارج ہو سکے ۔ چھوٹے شگافوں میں تکلیف ہوتی ہے ۔ سوئی کے ذریعہ غلاف عدسہ کو شق کرتے ہوئے عدسہ کے حجم اور اس کے اندر کے مادہ کی نوعیت کی اطلاع ہو سکتی ہے

اسی کے مطابق شگاف دینا چاہئے۔

(۱۲) عدسہ کا نویہ اور اس کے قشری حصہ کا نکالنا کافی سمجھیں۔ بقیہ حصہ آسانی کے ساتھ دھل کر نکل سکتا ہے یہ طریقہ بہتر اور آسان ہے۔

(۱۳) عنبیہ کو اپنی جگہ پر احتیاط کے ساتھ واپس کر دیں۔ جب تک حدقہ پوری طرح صاف نظر نہ آوے اُس وقت تک مطمئن نہ ہوں۔

(۱۴) اگر حدقہ بہت سیاہ نظر آوے اور زجاجیہ قرنیہ کے خلاف آکر اُس کی مؤخر سطح کو دبائے۔ جس کی وجہ سے خزانہ مقدم غائب ہو جائے تو اس کا یہ مطلب سمجھنا چاہیے کہ زجاجیہ کا غلاف پتلا ہے۔ اگر اس حالت میں آپریشن کیا گیا تو اس کے نکلنے کا ڈر ہے۔ اس وقت آنکھ کو فوراً بند کر دیا جائے اور آپریشن کو ملتوی کر دیں۔

(۱۵) غیر شفاف موخر غلاف عدسہ کو نہ چھیڑیں کیونکہ اس کا علاج بعد میں سوئی کے ذریعہ آسانی سے ممکن ہے

(۱۶) مقدم غلاف کا تیرتا ہوا ٹکڑا الگ کر دیں۔ اگر ضرورت ہو تو اسکو الگ کرنے کے لئے عنبی چمٹی استعمال کریں، اگر زخم میں زجاجیہ نظر آوے تو فوراً آنکھ کو بند کر دیں۔

(۱۷) اگر شگاف میں عدسہ ظاہر نہ ہو بالخصوص جبکہ نیچے اور اوپر دباؤ ڈالنے کے بعد بھی نہ ظاہر ہو تو اس کے وجوہ حسب ذیل ہوتے ہیں۔

(الف) غلاف کا ناکافی انشقاق۔

(ب) صلبی لب کے نیچے اوپر کی طرف عدسہ کا چلا جانا۔

(ج) خزانہ مقدم کے زیرین حصہ میں نویہ کا گر پڑنا۔

(د) شگاف کا بہت چھوٹا ہونا۔

(ہ) عنبی کٹاؤ کا نہ ہونا جس کی وجہ عنبیہ کی سختی ہوتی ہے۔

(ل) رباط معلق عدسہ کے ٹوٹ جانے کی وجہ سے عدسہ کا پیچھے کو گر پڑنا۔

اگر غلاف عدسہ کا کافی نہ پھٹا ہو تو غلاف کو شق کرنے والے آلہ کے ذریعہ یا چاقو سے مقدم غلاف عدسہ کو شق کر دیں۔

۷۰۳

(۱۸) اگر عدسہ شگاف میں پھنس جائے تو اُس کو گھما کر باہر نکالیں جس کا طریقہ یہ ہے کہ ملحقہ ...و اس کے ساتھ اندر لے جا کر باہر کی طرف گھما دیں۔

(۱۹) سوئی کے ذریعہ عدسی غلاف کو پھاڑنے میں اگر رطوبت مائی باہر نکل آوے جس کا باعث سوئی کے ...پھل کا چوڑا ہونا۔ یا چاقو کو الٹی طرف سے داخل کرنا ہوتا ہے۔ تو ایسی صورت میں خزانہ مقدم کو ہم آسانی کے ...ساتھ بھر سکتے ہیں جس کا طریقہ یہ ہے کہ سیال والے برتن کی ٹونٹی کو سوئی کے سوراخ کے پاس رکھکر کسی قدر ...بائیں اور دھار کو بہنے دیں۔ ایسا کرنے سے خزانہ مقدم بھر جاتا ہے۔ اور آپریشن میں آگے کے مدارج انجام ...دئے جا سکتے ہیں۔

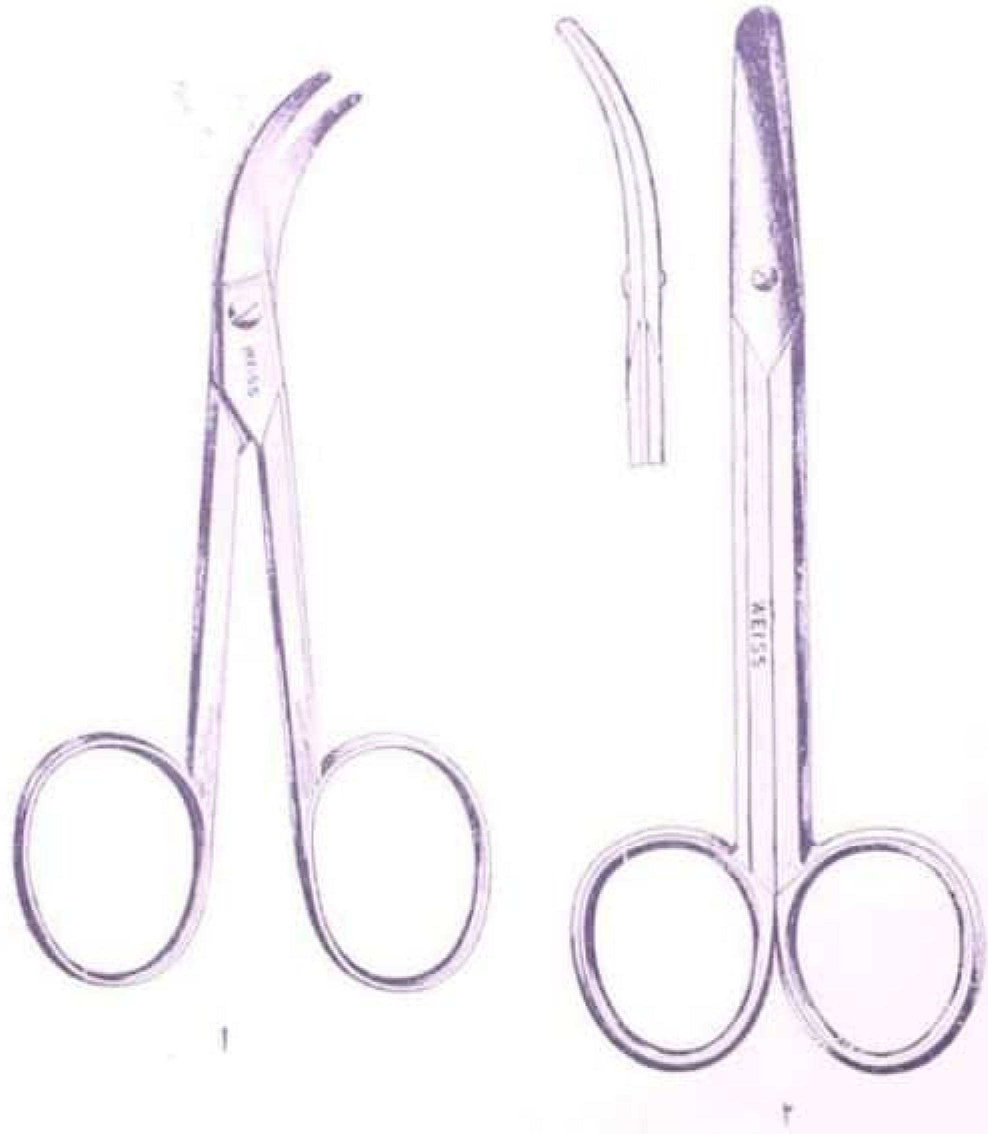
آپریشن کے ذریعہ مقلہ عین کا نکال دینا

اس میں عمومی تخدیر کی ضرورت ہوتی ہے، نووکین کے زیر اثر تقریباً بغیر درد کے یہ عمل انجام دیا جا سکتا ہے۔ جن بوڑھے مریضوں کی شرائین میں مرض موجود ہو انہیں اس طریقہ کا اختیار کرنا انسب ہے۔ قلبی امراض والے مریضوں میں بھی اس پر عمل کرنا ...چاہئے۔ ملتحمہ میں پہلے ۲ فیصدی طاقت کا کوکین محلول ڈالکر تخدیر پیدا کریں۔ اس کے بعد ایک لمبی ٹیڑھی سوئی والی ...پچکاری کے ذریعہ دو فیصدی طاقت کا نووکین محلول مقلہ عین کے پیچھے کی بافتوں میں چار جگہوں پر تلقیح کر دیا جائے ...زیرین و بالائی طاق ملتحمی کے اندر سے اور بیرونی و اندرونی حتیم کی طرف سے ہر چار جگہہ پر۔ اسی سی نووکین محلول ...تلقیح کریں۔ سوئی اس طرح داخل کی جائے کہ اس کا انحنا رمقلہ عین کی گولائی کے مطابق اندر جائے، اور مقلہ عین ...سوئی سے مجروح نہ ہو۔ طاق ملتحمی کے اندر سوئی داخل کرتے وقت کسی قدر تکلیف محسوس ہوتی ہے۔ کیونکہ یہاں تک ...نووکین محلول سے کامل تخدیر پیدا نہیں ہوتی۔ اور بقیہ آپریشن بغیر کسی قسم کے درد کے کیا جا سکتا ہے۔ مگر جب آنکھ ...میں کسی قسم کا ورم اور درد ہو تو ایسی صورت میں مقامی تخدیر کو نہ اختیار کرنا چاہئے۔ آپریشن کرنے سے ۵ منٹ ...پہلے نووکین کی تلقیح کی جائے تاکہ آپریشن کرتے وقت تک کامل تخدیر پیدا ہو جائے۔ اس آپریشن میں مندرجہ ذیل ...اوزار درکار ہوتے ہیں۔

(۱) مفتاح الجفن (۲) قائم کرنے والی چمٹی دو عدد (۳) عضلی رباط کو کاٹنے والی قینچی (۴) حول کا ہک (۵) ...کند نوک والی قینچی خواہ یہ سیدھی ہو یا ٹیڑھی۔

معالج کو مریض کے سر کی طرف کھڑا ہونا چاہیے، ملتحمہ کو قاعدہ کے طور پر اچھی طرح دھوئیں۔ اور آلۂ مفتاح الجفن کو آنکھ میں لگادیں قرنوی وصلبی جار اتصال کے سب سے اونچے مقام پر ملتحمہ کو پکڑ کر اس مقام پر ملتحمہ میں شگاف دیا جائے قینچی کی نوک ملتحمہ کے اندر لیجا کر قرنیہ کے چاروں طرف نیچے کو جہاں تک لیجا سکیں لے جائیں۔ مقلی ملتحمہ کے نیچے قینچی کی نوک قرنوی محیط کے گرد ¼ حصہ تک جا سکتی ہے۔ اس جگہ قرنوی وصلبی جار اتصال کے نزدیک اسکو باہر نکال کر کاٹ دیں۔ اسی طرح دونوں طرف ملتحمہ کو قرنیہ کے گرد ہم کاٹ سکتے ہیں۔ تیسری مرتبہ بقیہ نچلے حصہ کو بھی کاٹ دیا جائے، اس طرح تین چار مرتبہ میں قرنیہ کے نزدیک ملتحمہ کو چاروں طرف سے کاٹ سکتے ہیں۔ اب اس کٹے ہوئے سرے پر ملتحمہ کو پکڑ کر مقلی ملتحمہ کو آنکھ کے ڈھیلے سے الگ کر سکتے ہیں۔ یہی عمل آنکھ کے خط استوار تک چاروں طرف کیا جائے۔ چھوٹے چھوٹے کٹاؤ مقلہ عین سے قینچی کو نزدیک رکھنے سے بآسانی ممکن ہوتے ہیں۔ اس طریقہ سے غشار ٹیناں کو بھی ہم کھول سکتے ہیں۔ اب بائیں ہاتھ میں عضلی رباط کو پکڑنے والا ہک اور دائیں ہاتھ میں قینچی لیں۔ اس ہک کے ذریعہ عضلات مستقیمہ کو باری باری پکڑ کر کھینچیں اور مقلہ عین کے نزدیک سے کاٹتے جائیں، عضلہ کو کاٹنے کا عمل بالائی عضلہ مستقیمہ سے شروع کریں۔ کیونکہ اسکو پکڑنا بہت مشکل ہوتا ہے۔ اگر اس سے پہلے بقیہ دوسرے عضلات کاٹ دئے جائیں تو اسکو پکڑنا اور بھی مشکل ہو جاتا ہے۔ ہک کو پیچھے لیجا کر مقلہ عین کے ساتھ ساتھ آگے لانے سے عضلات موربہ گرفت میں آجاتے ہیں۔ ان کو بھی اسی طرح کاٹ دیا جائے۔ اب مفتاح الجفن کو پکڑے رہیں اور خوب کھول کر پیچھے کو دبائیں۔ اگر سب عضلات کٹ گئے ہیں تو مقلہ عین مفتاح الجفن کے درمیان باہر کو نکل آتا ہے۔

اب دائیں ہاتھ میں دوسری قینچی پکڑ لیں اور بائیں ہاتھ کی انگلیوں سے مقلۂ عین کو پکڑیں یہ قینچی کو بند کر کے دائیں آنکھ میں باہر کی طرف سے اور بائیں آنکھ میں اندر کی طرف سے محجر میں داخل کریں اور عصب باصرہ کو تلاش کر کے قینچی سے کاٹ دیں۔ اور مقلہ کو آزادی سے باہر کھینچ لیں۔ ممکن ہے کہ عضلات موربہ کے کچھ ریشے اب بھی مقلۂ عین سے لگے ہوئے ہوں۔ اگر ایسا ہو تو ان کو بھی کاٹ دیا جائے۔ کچھ دیر تک نزف الدم بہت زیادہ ہوتا ہے مگر مطہر روئی کی گدی کے ذریعہ بآسانی اسکو روکا جا سکتا ہے۔ اب ملتحمہ کے کناروں کو قائم کرنے والی چمٹی کے ذریعہ ایک دوسرے کے نزدیک لادیں۔ اجفان کو بند کر کے پٹی باندھ دیں مطہر روئی کا پیڈ پہلے گول شکل کا بنادیں اور اس کے اوپر سایا ناشد گاز کو لپیٹ کر محجر میں رکھکر ذرا دباؤ کے ساتھ پٹی باندھیں۔ ایک یا دو روز تک مریض کو



۱ کند نوک والی قینچی جو آگے سے ٹیڑھی ہے
۲ دوسری قسم کی قینچی

بستر پر لٹائے رکھیں۔

اگر مقلۂ عین پھوٹ جائے یا اُس کے اندر سوراخ ہو جائے تو آپریشن مشکل ہو جاتا ہے۔ ایسی صورت میں مضبوط "والسلم" چمٹی (Vulsellum forceps) سے مقلۂ عین کو پکڑ لیں۔ اس کے بعد آپریشن کریں۔ بچوں میں بھی عمل جرحی مشکل ہوتا ہے۔

محجر مقلۂ عین کے مقابلہ میں چھوٹا ہوتا ہے۔ ایسی آنکھوں میں مفتاح الجفن کے ذریعہ دباؤ ڈالنے پر مقلۂ عین باہر نہیں نکلتا۔ اور بہت زیادہ دباؤ دینے سے ممکن ہے کہ مقلۂ عین پھوٹ جائے، لہٰذا بہتر ہے کہ اسکو باہر نکالنے میں قینچی کی نوک سے مدد حاصل کریں۔

عصب باصرہ کی بہ نسبت صلبیہ کا کاٹنا آسان ہوتا ہے۔ بالخصوص جبکہ قینچی ٹیڑھی ہو اسی لئے ماہرین عام طور پر سیدھی قینچی کو پسند کرتے ہیں۔ جہاں تک ممکن ہو ٹیڑھی قینچی یا ٹیڑھے اوزاروں کے بجائے سیدھے اوزار استعمال کئے جائیں کیونکہ یہ زیادہ بہتر ثابت ہوتے ہیں، سیدھی قینچی کا استعمال اُسوقت اور بھی زیادہ ضروری ہوتا ہے جبکہ تبکی یا شیمی سلعہ لحمیہ کی وجہ سے عصب باصرہ کو دور ہٹ کر کاٹنا مقصود ہو التہاب کل العین سے بچنے کے لئے خاص تدابیر اختیار کی جائیں۔

مقلۂ عین کے نکالنے کی سفارش اُسی وقت کی جاتی ہے جبکہ ہم کو یہ معلوم ہو جائے کہ ہم آنکھ کو کسی طرح نہیں بچا سکتے لہٰذا اس کا نکال دینا ہی بہتر ہوتا ہے۔ آپریشن کے دوران میں باہر کو زیادہ دباؤ نہ ڈالیں۔ اگر پیپ نکل رہی ہو تو عفنی سحائی التہاب کے پیدا ہونے کا خطرہ ہے جس سے زندگی معرض خطر میں پڑ جاتی ہے۔ اسی لئے بعض ماہرین ایسے حالات میں آنکھ کو نکالنے کے عمل کو ملتوی کر دیتے ہیں اور اسوقت صرف صلبی شگاف دیدیتے ہیں۔ پھر جب التہابی علامات غائب ہو جاتی ہیں اور آنکھ سکڑ جاتی ہے تو اُسوقت آنکھ کو نکال دیتے ہیں۔

التہاب کل العین کا آپریشن کرنے کی حالت میں اگر پیپ نکلنا شروع ہو جائے تو بہتر ہے کہ مقلۂ عین پر شگاف دیکر اس کے اندر سے تمام نسیجوں کو باہر نکال دیا جائے اس کے بعد گاز کے ایک ٹکڑے کو (۲۰۰۰ میں ۱ کی طاقت کا) سیمابی محلول میں بھگو کر آنکھ کے اندر خوب اچھی طرح لگا دیتے ہیں۔ اور ملتحمہ کو کم طاقت والے سیمابی محلول سے خوب اچھی طرح دھوتے ہیں۔ اس کے بعد فوراً صلبیہ کو کاٹ کر نکال دینا چاہئے کیونکہ اب التہاب سحائی کا ڈر کم ہو جاتا ہے یا یہ بھی ممکن ہے کہ

اب آنکھ کو نکالنے کی ضرورت نہ باقی رہے۔

مذکورہ آپریشن کی صرف چند حالتوں میں سفارش کی جاتی ہے بعض ماہرین اسکو مقدم انتفاخ قرنیہ میں بھی اختیار کرتے ہیں۔ حالانکہ اس صورت میں آنکھ کی اندرونی نسیجوں کے نکالنے کے بعد جو بقیہ حصہ بچ رہتا ہے وہ مصنوعی آنکھ کے لئے مناسب سہارے کا کام دیتا ہے۔ مگر ہمارے خیال میں ان حالات میں آپریشن کو نہ کرنا چاہئے کیونکہ تشرکی التہاب عین کا خطرہ زیادہ رہتا ہے۔

مقلہ عین کی نسیجوں کو نکالنے کے بعد مصنوعی زجاجیہ (شیشے کی گولی) داخل کرنے کا آپریشن بھی ایسا ہے جس میں خطرات بہت ہوتے ہیں مگر اس کے باوجود ماہرین اسکو کرتے ہیں۔ اس آپریشن میں شیشہ کی ایک گولی صلبیہ کے اندر ڈال دی جاتی ہے۔ اور صلبیہ کو اس کے اوپر سی دیا جاتا ہے۔ اس کے بعد درد بہت زیادہ ہوتا ہے، ملتحمہ میں ورم اور احتقان پیدا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ گولی مقلہ عین سے باہر نکل آوے۔ اس کے بعد بعض اوقات تشرکی التہاب عین پیدا ہو جاتا ہے۔

آنکھ کو نکالنے کے بعد شیشے کی ایک گولی غلاف ٹیناں کے اندر رکھنا

یہ عمل جرحی باعتبار پہلے عمل کے کم تکلیف دہ ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے اس پر اعتراضات بھی کم ہیں۔

بعض خاص حالتوں میں یہ ایک عمدہ آپریشن ثابت ہوتا ہے، اس کی وجہ سے مصنوعی آنکھ کو کافی سہارا ملتا ہے۔ بسیط عمل اخراج مقلہ سے اس میں حرکت عین کی گنجائش زیادہ ہوتی ہے جس کی بناء پر مصنوعی آنکھ صحیح آنکھ سے زیادہ مشابہ ہو جاتی ہے۔ مگر اس میں یہ احتیاط ضروری ہوتی ہے کہ عمل جرحی جسقدر ہو سکے مقلہ عین کے نزدیک کیا جائے اور غلاف ٹیناں کو کم سے کم مجروح کیا جائے۔ اور شیشہ کی گولی پر بٹوے کے مانند خیاطت کے ذریعہ عضلات کو اکٹھا کر کے سی دیا جائے۔ اسی کے اوپر ملتحمہ کو بھی بٹوے نما سلائی کے ذریعہ سی دیا جائے۔ اس عمل کے بعد التہابی ردعمل ہوتا ہے۔ اور ملتحمہ میں ورم و احتقان بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ مگر یہ سب دوسرے آپریشن کی بہ نسبت کم ہوتا ہے۔ اگر مناسب طور پر عمل جرحی کو انجام نہ دیا گیا ہو تو ممکن ہے کہ شیشے کی گولی مجری میں سے نکل آوے اور آزاد ہو کر زیرین جفن کے نیچے آجائے اگر ایسا ہو تو شگاف دے کر اس کو نکال دینا چاہئے۔ یہی طریقہ بہتر ہے۔

"..."

آنکھ کے نکال دینے کے بعد ۶ ہفتہ سے پہلے مصنوعی آنکھ نہ لگائی جائے، اور جب مصنوعی آنکھ لگائی جائے تو شروع شروع میں دو ایک گھنٹہ چھوٹی آنکھ لگانا شروع کریں۔ یہاں تک کہ اس جسم غریب کا ملتحمہ عادی ہو جائے۔ پھر آپریشن کے ۸-۹ ہفتہ کے بعد پورے حجم کی آنکھ لگائی جائے۔ اور رات کے وقت اُس کو نکال کر دھو کر پانی میں رکھ دیں، اگر اس کے کنارے کچھ بھی کھردرے ہو جائیں تو اُس کو علیحدہ کر دیں، کناروں کے کھردرا ہونے کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ مصنوعی آنکھ کے اینمل پر رطوبات کا کیمیاوی اثر ہوتا ہے اور یہ اُس کو خراب کر دیتا ہے۔ لہٰذا ہر سال نئی آنکھ کی ضرورت پیش آتی ہے، مصنوعی آنکھ مختلف قسم کی استعمال کی جاتی ہے۔

چوٹ چپیٹ لگنے سے۔ آنکھ کے نکالنے میں غلطی واقع ہونے پر محجری انسجہ میں التہاب منتشرہ لاحق ہونے سے اور کھردری مصنوعی آنکھ کے عرصہ تک استعمال کرنے سے محجری خلار کم ہو جاتا ہے یا سکڑ جاتا ہے۔

سابقہ تین اسباب کی وجہ سے محجری خلار کے اندر ایک طرف سے دوسری طرف تک یعنی رباط بنجاتے ہیں جن کی بنار پر مصنوعی آنکھ کا استعمال کرنا نہایت تکلیف دہ اور غیر ممکن ہو جاتا ہے۔ اور آخری سبب کی وجہ سے زیرین طاق ملتحمہ غائب ہو جاتا ہے۔ اِس لئے مصنوعی آنکھ اندر نہیں ٹھیر سکتی۔

مذکورہ تمام صورتوں میں علاج مشکل ہوتا ہے۔ یعنی رباط کو کاٹ دینا اور اس کے بعد ایسا گڑھا بنا دینا کہ جس میں مصنوعی آنکھ ٹھیر سکے آسان ہے۔ مگر اُسی وقت تک جب تک کہ زخم بشرہ سے ڈھک نہ جائے کیونکہ اُس وقت تک یہ ممکن ہوتا ہے کہ کنارے آپس میں لگنے کی وجہ سے جڑ جائیں۔ اس مقام پر ایسے اپریشن کی ضرورت ہوتی ہے جس میں کہ دوسری جگہ سے غشار مخاطی کو لاکر لگایا جاتا ہے۔ بعض اوقات جلدی ترقیع بھی کی جاتی ہے۔ ہونٹ کی غشار مخاطی یا مینڈک کے منہ کی غشار مخاطی ترقیع کے لئے مناسب ہوتی ہے۔

بہتر یہ ہے کہ بیرونی حقیم کو کاٹ دیا جائے۔ اور اوپر کی جفن کو اوپر کی طرف، نیچے کی جفن کو نیچے رخسار کے ساتھ سی دیا جائے، اور کھلی ہوئی سطح پر غشار مخاطی کی ترقیع کر دی جائے، تاکہ یہ

زخم بھی مندمل ہو سکے

سب سے زیادہ مشکل زیرین طاق کے بنانے میں پیش آتی ہے۔ اگر زیرین جفن میں کوئی خرابی نہ ہو تو میکسول (Max well) کا آپریشن اس کے واسطے بہتر سمجھا جاتا ہے۔ یہ آپریشن سادہ اور آسان ہے مگر اس کا بیان کرنا مشکل ہے۔

زیرین جفن کی جلد پر بیضوی رقبہ بنایا جائے، اوپر کا شگاف جفن کے اندر نئے طاق کے مقام پر دیا جاتا ہے مرکز میں ۸ ملی میٹر کا چوڑا پردہ رکھا جاتا ہے۔ جس کو چار طرف سے زیرین ساختوں سے الگ کرکے صرف بیچ میں بیضوی شکل کا لگا رہنے دیتے ہیں۔ اور جفن کے نیچے سے مجر میں لے جاتے ہیں۔ اس کے بالائی ملتحمی کنارے کو زخم کے موخر لب کے ساتھ اور زیرین کنارے کو زخم کے مقدم لب کے ساتھ سی دیتے ہیں۔ جلد کے درمیان خالی جگہہ کو اس کے دونوں کنارے اکٹھا کر کے سی دیتے ہیں اور آنکھ کی خلا میں شیشے کی ایک گولی رکھدی جاتی ہے پردہ کا وسطی حصہ زیرین ساختوں سے ملحق رہنے کی وجہ سے زندہ رہتا ہے۔ اور اس کے کھچاؤ کی وجہ سے طاق کے مانند ایک گہرا مقام بن جاتا ہے۔ اگر زیرین جفن میں باہر کی طرف التواء پیدا ہو جائے تو لعد میں شگاف دے کر اس پر عمل ترقیع مناسب ہے۔ مگر اس ترقیع میں خیاطت نہ کرنا چاہیئے بلکہ اُس مقام پر صرف ترقیع والے ٹکڑے کو رکھدیں۔ اور اُس کے اوپر زخم کے دونوں کناروں میں ٹانکے لگا کر اُس کو اپنی جگہہ پر قائم رکھنے کی کوشش کریں، اور اُن کو خشک رکھنے کے لئے بورک پوڈر ان پر چھڑکا جائے۔

دوسری آنکھ میں طریق ہدبی وشیمی کا شرکی التہاب شروع ہونے سے پہلے بطور حفظ ماتقدم کے مضروب آنکھ کا آپریشن

عمل جرحی کے ذریعہ آنکھ کا نکال دینا۔ اگر یہ عمل مناسب وقت پر انجام دے دیا جائے تو تمام ماہرین بالاتفاق اس کو بہتر سمجھتے ہیں۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ جرحیات کے اصول کی کامل پابندی کرنے کے بعد

آلۂ مفتاح الجفن کو قائم کر کے قرنیہ کے چاروں طرف ملتحمہ میں شگاف دیا جاتا ہے۔ اور مقلی ملتحمہ کو چاروں طرف آنکھ سے الگ کر لیتے ہیں۔ یہ عمل قینچی سے انجام دیا جاتا ہے، اس کے بعد حول کے ہُک کے ذریعہ ہر ایک مجری عضلہ کو پکڑ کر اس کے وتر کو مقلۂ عین کے نزدیک سے کاٹ دیتے ہیں۔ اور مفتاح الجفن پر پیچھے کو دباؤ ڈالکر مقلۂ عین کو آگے لے آتے ہیں یا عضلہ وحشیہ کے کٹے ہوئے وتر کے مقام سے پکڑ کر مقلۂ عین کو آگے اور اندر کی طرف کھینچ لیتے ہیں۔ اس حالت میں عصب باصرہ کو کاٹنے کے لئے قینچی محجر میں مقلۂ عین کے پیچھے داخل کر کے کاٹتے ہیں، خواہ یہ عمل قطع درمیانی سطح سے انجام دیا جائے یا صدغی جانب سے۔ بہر حال جہاں تک ممکن ہو عصب باصرہ کو خوب پیچھے ہٹ کر کاٹیں اس عمل جرحی میں ٹانکے لگانے کی ضرورت نہیں پیش آتی۔

مقلۂ عین کے نکالنے کے عمل جرحی میں تطہیر کا مکمل انتظام بہت ضروری ہے۔ اوزاروں کی تطہیر کے علاوہ مقلۂ عین کو الگ کرنے کے بعد محجر کو خوب اچھی طرح مرکری محلول (۵۰۰۰ میں ا کی طاقت کا) سے دھوئیں یا مطہر طبعی نمکین سیال اس مصرف کے واسطے استعمال کریں، زیروفارم (Xeroform) یا کوئی دوسرا ایسا ہوا جراثیم کش پاوڈر محجر میں چھڑک کر مانع عفونت پٹی باندھ دیں۔ اور دباؤ والی پٹی سب سے اوپر باندھ دیں۔ ان ہی تدابیر کے ساتھ ہر ۲۴ گھنٹہ کے بعد محجر کی پٹی اور بندش کی جائے۔

بعض اوقات اس آپریشن کے بعد التہاب سحائی شروع ہو جاتا ہے جو کہ مہلک ثابت ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ان حالات میں عفنی عدوی لمفاوی عروق کے ذریعہ جذب ہو کر دماغی جھلیوں تک پہونچا ہو۔ اور یہ بھی ممکن ہے کہ یہ عفنی تعدی آلات عمل جرحی کے ذریعہ ہو جائے۔ یا آنکھ کے اندر کوئی سوراخ ہونے پر صدیدی حالتوں میں یہ عفنی مواد باہر نکل کر محجر کو مقامی طور پر ملوث کر دے۔ اور یہاں سے یہ تعدی دماغی جھلیوں تک تجاوز کرے۔

جب زخم مندمل ہو جائے تو اس کے بعد مصنوعی آنکھ لگانا چاہئے، عام طور پر آپریشن کے دو ہفتہ کے بعد اس کی ضرورت پیش آتی ہے۔ مگر شروع شروع میں ایک ماہ تک اس مصنوعی آنکھ کو ہر وقت نہ استعمال کرنا چاہئے کیونکہ ممکن ہے کہ اس آنکھ کی بعتیہ انسجہ میں خراش پیدا ہو کر التہاب ملتحمہ پیدا ہو جائے۔

مذکورہ عمل جرحی مقامی تخدیر کے بعد بھی انجام دیا جا سکتا ہے۔ اگر کسی وجہ سے عمومی تخدیر کی ضرورت پیش آئے تو اس کو اختیار کرنا چاہیئے۔

نووکین کے ۱ فیصدی طاقت والے محلول کی ایک سی سی میں ۳ یا ۴ قطرے ایڈرینے لین (۱۰۰۰ ایم طاقت کا) محلول کے ملا لیتے ہیں۔ سب سے پہلے اس کو ملتحمہ کے نیچے تلقیح کر کے ملتحمہ کو مخدور کر لیتے ہیں اور پھر اس کے چند قطرات چاروں عضلات مستقیمہ کے مقلی جار ادغام کے پاس تلقیح کرتے ہیں۔ زیرین عضلہ مستقیمہ کے ساتھ ساتھ اسی سی محلول کی تلقیح کی جاتی ہے۔ اس کے واسطے سوئی کو ۴ سینٹی میٹر تک اندر داخل کرنا چاہیئے اور محلول کو تلقیح کرنے کے ۱ منٹ کے بعد عمل جرحی شروع کرنا چاہیئے۔

مصنوعی آنکھ کا استعمال - مقلہ عین کو نکال دینے کے بعد مصنوعی آنکھ کا استعمال بدصورتی کو دور کرنے کے علاوہ اندرونی التواء جفنی کو روکنے کے لئے بھی ضروری ہے بعض اوقات مصنوعی آنکھ کو بیٹھی ہوئی آنکھ کے اوپر بھی استعمال کرتے ہیں۔ اس صورت میں یہ زیادہ خوبصورت معلوم ہوتی ہے اور اس کی حرکات بھی بہ نسبت اس حالت کے زیادہ ہوتی ہیں جب کہ مقلہ عین کو نکال کر مصنوعی آنکھ لگائی جائے۔

علاج کے طور پر شرکی التہاب طریق ہدبی و مشیمی والی آنکھ پر عمل جرحی

اس عمل کا بہت کم اتفاق ہوتا ہے۔ اگر عرصہ تک توترعین بڑھا رہے تو اس حالت میں صرف حاد التہاب کی صورت میں آپریشن کر دینا چاہیئے۔ اور اگر صرف چند روز تک توترعین میں زیادتی رہے تو اس کی کوئی ضرورت نہیں ہوتی۔ اور نہ اسکو انجام دینا چاہیئے کیونکہ اس وقت عنبیہ پر عمل جرحی کرنے سے التہابی حالت میں یہ عمل جرحی مہیز کا کام دیتا ہے۔ اور یہ ترقی پذیر ہو جاتی ہے۔ اس کے ساتھ فائدہ بھی کچھ نہیں ہوتا۔ اگر توترعین وقتی طریقہ پر کم بھی ہو جائے تو قطع عنبیہ سے پیدا کردہ خلاء کو التہابی ترشحات بہت جلد پر کر دیتے ہیں اور توترعین دوبارہ بڑھ جاتا ہے۔

اگر عرصہ سے بڑھے ہوئے تو تر عین کو کم کرنا ہی مقصود ہو تو بہتر تدبیر یہ ہے کہ "شق سلبیہ" کا عمل انجام دیا جائے اس سے بمقابلہ "قطع عنبیہ" کے زیادہ فائدہ ہوتا ہے۔ اور یہ خود کچھ نقصان دہ بھی نہیں ہوتا۔ علاوہ ازیں اس عمل کو ایک سے زیادہ مرتبہ انجام دے سکتے ہیں۔ تو تر عین کو کم کرنے کے لئے بعض اوقات قرنیہ میں سوراخ بھی کیا جاتا ہے اور اس کو ایک سے زیادہ مرتبہ بھی کام میں لایا جا سکتا ہے۔

مناظری اعمال جرحیہ "، جو کہ شر کی التہاب طریق ہدبی و مشیمی کے لئے انجام دئے جاتے ہیں

ان اعمال سے مقصد یہ ہوتا ہے کہ مصنوعی حدقہ بنا دیا جائے، التہاب کے کلیۃً ختم ہو جانے کے زیادہ دیر کے بعد ان اعمال کو انجام دینا چاہیے تاکہ حدقہ عین جو کہ مسدود ہو چکا ہے اس کی قائم مقامی دوسرا سوراخ کر سکے اور بینائی جو کہ خراب ہو چکی ہے بہتر ہو جائے ایسے اعمال جرحیہ کی مضروب آنکھ میں اُسوقت ضرورت لاحق ہوتی ہے جبکہ اس کو نکال کر الگ نہ کر دیا گیا ہو۔

اس جگہ پھر ہم زیادہ زور دے کر یہ بتانا چاہتے ہیں کہ اُس وقت تک اعمال جرحیہ کا خیال تک نہ کیا جائے جب تک کہ التہاب کے ختم ہونے پر چھ ماہ کا وقت نہ گذر گیا ہو۔ اگر اس اصول کی پابندی نہ کی جائے تو التہاب از سرِ نو دوبارہ شروع ہو جاتا ہے۔ اور مصنوعی حدقہ بھی التہابی ترشحات سے بند ہو جاتا ہے یا اندرون چشم نزف الدم لاحق ہوتا ہے اور آنکھ کے درست ہونے کی تمام اُمیدیں خاک میں ملجاتی ہیں۔ اس کے علاوہ تمام اچھی حالتوں کے باوجود چونکہ اس امر کا امکان ہے کہ آپریشن کے بعد التہاب پھر عود کر آئے یا آنکھ کے اندر نزف الدم لاحق ہو جائے یا خود آنکھ ہی بیٹھ جائے، لہذا کوئی جرحی عمل اُسوقت تک نہ کرنا چاہیئے۔ جب تک کہ اس عمل جرحی سے حاصل ہونے والے فوائد مقابلۃً بہت زیادہ نہ ہوں۔

ان حالات میں چار قسم کے اعمال جرحیہ انجام دیے جاتے ہیں جنکو ذیل میں بیان کیا جاتا ہے۔

(۱) شق عنبیہ،

(۲) قطع عنبیہ،

(۳) اخراج عدسہ، (خواہ یہ شفاف ہو یا موتیا بند کی وجہ سے اس میں غیر شفاف حالت

پائی جاتی ہو۔

(۴) عدسہ کے لئے عمل ابرہ۔

قطع عنبیہ۔ جن آنکھوں میں طریق ہدبی و مشیمی کا التہاب شدید مکون صورت اختیار کرتا ہے اور جن میں موخر التصاقات کئی پیدا ہو جاتے ہیں۔ ان میں شاذونادر اس عمل جراحی سے کچھ مفید نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ کیونکہ ان حالتوں میں عنبیہ کی نسیجیں اسقدر خراب ہو چکی ہوتی ہیں کہ چمٹی سے عنبی غشا کو پکڑنے پر اس کے ٹکڑے گرفت میں آجاتے ہیں جس کی وجہ سے مصنوعی حدقہ بالکل نہیں بن سکتا۔ علاوہ بریں عنبیہ کی موخر سطح پر مکون یعنی انسجہ بن چکے ہوتے ہیں جو کہ عنبیہ سے ملتصق ہوتے ہیں ان انسجہ کی خراش سے از سرِ نو التہاب شروع ہو جاتا ہے۔ اور التہابی ترشحات مصنوعی حدقہ کو پھر بند کر دیتے ہیں۔

شق عنبیہ۔ اس عمل کی اُن مریضوں میں نوبت آتی ہے جن میں التہاب عنبیہ کم شدید رہا ہو اور جن میں اس کی وجہ سے حدقی کنارہ چاروں طرف مقدم غلاف عدسی سے ملتصق ہو گیا ہو۔ اس حالت میں ایک چوڑا مصنوعی حدقہ بن سکتا ہے، اس عمل کے واسطے عنبیہ کو اُس کی سطح پر چھوٹے دائرۂ عضلی کے مقام پر پکڑا جائے کیونکہ حدقی کنارے پر اس کو پکڑنے سے ممکن ہے کہ مضبوط التصاق جو عنبیہ اور مقدم عدسی غلاف کے درمیان قائم ہے اُس کے کھینچنے سے عدسہ کے غلاف کو کوئی صدمہ پہونچ جائے اور یہی صدمہ ضربی موتیا کا باعث بنے۔ شق عنبیہ کے لئے اس کے اندر ایک گول سوراخ کرنا کافی ہوتا ہے۔

اخراج عدسہ۔ اس عمل کی اُس وقت ضرورت پڑتی ہے جب کہ مصنوعی حدقہ بنانے کے بعد معلوم ہو کہ عدسہ کے اندر موتیا بند کی حالت موجود ہے۔ علاوہ ازیں اُن حالتوں میں بھی اس کی ضرورت ہوتی ہے جن میں کہ غلاف عدسی اور عنبی کنارے کے درمیان حلقت دار التصاقات موجود ہوں۔ اور شق عنبیہ کے بعد وہ مقام جہاں پر عنبیہ شق کیا گیا ہے ملتہب مواد سے بھر جائے۔ کلی مؤخر التصاقات کی تمام حالتوں میں بھی اس کی ضرورت پڑتی ہے ان حالتوں میں خواہ عدسہ شفاف ہو یا غیر شفاف، پہلی حالت میں عدسہ کے نکالنے کا معمولی مرکب طریقہ بہتر ہوتا ہے، یا یہ بھی ممکن ہے کہ پہلے قطع عنبیہ کا عمل انجام دیدیا جائے

اور اُس کے چند ہفتوں کے بعد عدسہ کو نکال دیا جائے۔

کُلّی موخرالصاقات کی صورت میں مندرجہ ذیل طریقوں میں سے کوئی ایک طریقہ اختیار کریں۔

ماہر وینیل کا طریقہ۔ (Wenzel's method) موتیا بند کے معمولی آپریشن کی طرح شگاف دیا جائے جس میں نشتر کو ایک طرف سے دوسری طرف لے جانے کا وہی طریقہ ہے مگر نشتر کو اندر لے جاتے ہوئے قرنیہ، عنبیہ اور عدسہ سے گذارا جائے اور پھر عدسہ، عنبیہ، اور قرنیہ سے باہر نکالا جائے، اس طرح پورا عدسہ جہاں تک ممکن ہو نکال دیا جائے۔ اور اسی غشا رے سے جو فسادی عنبیہ کے بقیہ حصص، عنبیہ کی خراب انسجہ اور غلاف عدسی پر مشتمل ہوتی ہے۔ اس میں سے V کی شکل کا ایک حصّہ کاٹ کر نکال دیا جائے۔ مگر اس عمل جراحی سے صدمہ بہت پہونچتا ہے جس کو ہر مقلہ عین برداشت نہیں کرسکتا، یہاں تک کہ اس کے بعد مقلتین کا بالکل بیٹھ جانا ممکن ہے۔

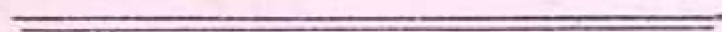
ماہر ہرش برگ کا طریقہ۔ (Hirschberg's method) مثلث نشتر کے ذریعہ قرنیہ کے زیرین حصے میں شگاف دیا جاتا ہے۔ باریک غلافی چمٹی سے جس کو حدقہ کے اندر داخل کرتے ہیں، غلاف کا موٹا اور مقدم حصّہ پکڑ کر اس کو کھینچا جاتا ہے اس کے بعد مسواط کو ڈال کر عدسہ کو نکال دیا جاتا ہے۔ چند ہفتوں کے بعد حدقی غشا رجو کہ عدسی انسجہ، موخرالصاقات اور التہابی ترشحات پر مشتمل ہے اس کو سسٹوٹوم (Cystotome) سے کاٹ دیتے ہیں۔

اس جراحی عمل کا فائدہ یہ ہے کہ اس میں عنبیہ کو کوئی صدمہ نہیں پہونچتا۔ کیونکہ اس کو کاٹنا ہی نہیں پڑتا۔

عمل ابرہ —— سوئی اندر داخل کرکے عدسی غلاف کے اندر لے جاتے ہیں اور ایک دوسری سوئی کو پہلی سوئی کے نزدیک لے جاکر دونوں کو ایک دوسرے سے ملاتے اور الگ کرتے ہیں، اس طرح غلاف عدسی کو شق کیا جاتا ہے۔ اس عمل سے پنیر کے مانند عدسہ کے اجزا رختراانہ مقدم میں آجاتے ہیں — یہ چند ہفتوں میں جذب ہوجاتے ہیں اور غلاف خود بخود بند ہوجاتا ہے۔ مگر یہ عمل کئی مرتبہ

انجام دینا پڑتا ہے - تب اس کے بعد عدسۂ عین صاف نظر آتا ہے لیکن اس سلسلہ میں یہ خیال رکھنا چاہیے
کہ دوسری مرتبہ عمل ابرہ کرنے سے پہلے یہ دیکھ لیا جائے کہ خراش کی علامتیں کلیتاً مفقود ہو چکی
ہیں یا نہیں -

اس عمل میں دو خرابیاں ہیں - اوّل تو خراش کا پیدا ہونا - اور دوسرے تو ترمین کا بڑھ جانا
مؤخر الذکر کی وجہ یہ ہے کہ عدسی اجزا رخترانہ مقدم میں آکر پھول جاتے ہیں جس کو آنکھ برداشت
نہیں کر سکتی -



عمومی علاج چشم

حفظان صحت کے اصول

(۱) مریض کے ماحول کو صاف اور پاکیزہ ہونا چاہیئے۔

(۲) مریض کی جسمانی صفائی کا مکمل خیال رکھا جائے

(۳) اس کے کپڑے صاف اور پاکیزہ ہوں۔

(۴) اگر قبض ہو تو رات کو منضج پلا کر صبح کو معمولی مسہل (تلیین) استعمال کرائیں۔

(۵) غذا ہلکی اور زود ہضم دی جائے (تلطیف تدبیر کا خیال رکھیں) جس میں مرچ اور مصالحہ وغیرہ بالکل نہ ہو

(۶) آنکھ کو پوچھنے کے لئے مریض کو صاف اور پاکیزہ اچھا دُھلا ہوا کپڑا دیا جائے اور اس کو وقتاً فوقتاً بدلتے رہیں

(۷) اپنی انگلی مریض آنکھ میں ہرگز نہ لگائے۔

(۸) منہ ڈھانک کر مریض کو سونے سے منع کر دیا جاتا ہے۔

(۹) اگر شراب کا عادی ہو تو شراب کی ممانعت کی جائے مگر سن رسیدہ اشخاص اگر تھوڑی شراب کے عادی ہوں تو ان کی شراب بند نہ کی جائے۔ اور اگر مریض بہت زیادہ شراب نوشی کا عادی ہو تو بالکل اس کی شراب کا بند کر دینا مرض کے لئے مضر ثابت ہوتا ہے۔ موتیابند کے آپریشن کے بعد اگر ایسے کسی مریض کی شراب بالکل بند کر دی جائے تو خطرناک نتائج پیدا ہونے کا امکان ہے کیونکہ ایسی صورت میں ہذیانی کیفیت طاری ہو جاتی ہے۔

(۱۰) رات کو آرام کرنا مریضان چشم کے لئے بیحد ضروری ہے اس لئے اگر نیند نہ آئے تو خواب آور دوا کا دینا ضروری ہے۔ آنکھ کے اورام میں درد کے لئے اسپرین نہایت عمدہ چیز ہے اگر درد شدید ہو تو جوہر افیون "مارفیا" کا انجکشن دے دیا جائے جس کا نسخہ ذیل میں درج کیا جاتا ہے۔

مارفیا ہائیڈروکلور ۱/۴ گرین۔ طبی نمکین سیال ۱۰ قطرے، مطہر کر کے زیرجلدی تلقیح کی جائے۔

(۱۱) جہاں تک ممکن ہو مریض کو تازہ ہوا میں نکلنے کی اجازت دی جائے۔ اگر چوند کی شکایت زیادہ ہو تو اندھیرا ہو جانے پر اس کو باہر نکلنے دیں۔

(۱۲) مریض کا ماحول۔ دھواں۔ گرد وغبار وغیرہ سے پاک و صاف ہو۔

(۱۳) آنکھ کے شدید امراض مثلاً التہاب۔ نزف الدم۔ ضرب وغیرہ جن میں اعمال جراحیہ بھی شامل ہیں۔ ان سب حالتوں میں مریض کو کام کاج چھوڑ دینا لازم ہے جسمانی ورزش سے قطعاً منع کر دیا جائے اور کوئی ایسی حرکت نہ کی جائے جس سے کسی طرح آنکھوں پر زور پڑے۔ اس لئے ضروری ہے کہ ایسی حالتوں میں مریض کو بستر پر آرام سے لیٹنے کی تاکید کی جائے تاکہ آنکھ کے اندرونی دوران خون پر کم از کم اختلاف ونما ہو اور آنکھ نیز جسم کو حرکت کرنے کا کم موقع ملے۔ بعض اوقات التہاب چشم میں خصوصاً جراحی عملیات کے بعد اس خیال سے کہ تحفظ ہو سکے محافظ عینک کا لگا دینا بہتر ہوتا ہے۔ اسی طرح آنکھ پر پٹی باندھ دینا مناسب ہے۔ عموماً یہ حفاظت دونوں آنکھوں کے لئے زیادہ موزوں ہوتی ہے۔ ماؤف خواہ ایک ہی آنکھ کیوں نہ ہو۔

(۱۴) بعض اوقات مریض خیال کرتا ہے کہ ماؤف آنکھ پر پٹی بندھ جانے کے بعد دوسری آنکھ سے کام کاج کرنے میں کوئی حرج نہیں۔ لہٰذا سمجھا دینا چاہیے کہ یہ قطعاً ناممکن ہے کہ ایسی صورت میں صرف ایک آنکھ پر زور پڑے اور دوسری آنکھ آرام میں رہے، طاقت توفیق۔ عمل الاستدقاق۔ حدقہ عین کا انقباض۔ جو کام کاج کرنے میں ظہور پذیر ہوا کرتے ہیں دونوں آنکھوں میں ہمیشہ ایک ساتھ انجام پاتے ہیں۔ اور دونوں آنکھوں میں ان کی حد ایک ہوتی ہے۔ جانوروں پر تجربات کرنے سے معلوم ہوتا ہے کہ ایک آنکھ کے شبکیہ پر شعاع نور ڈالنے سے دونوں آنکھوں کے مخروطی اجسام میں انقباضی کیفیت رونما ہوتی ہے اور شبکی تلوین دونوں آنکھوں میں یکساں بڑھتی ہے۔ لہٰذا اگر ہم صرف ماؤف آنکھ کو روشنی سے محفوظ رکھیں تو صرف اس پر پٹی باندھنے سے کام نہ چلے گا۔ بلکہ دونوں آنکھوں پر پٹی باندھنے کی ضرورت ہو گی

کسی اندھیرے کمرے میں مریض کو رکھنے کے بعد دونوں آنکھوں سے روشنی کو علیحدہ کرنے کی شاذ و نادر ہی ضرورت پڑتی ہے۔ آج کل ہم اندھیرے میں علاج نہیں کرتے۔ زمانہ سابق میں اطبا کا یہ دستور عمل تھا۔ اب اس کو ترک کر دینے کی وجہ یہ ہے کہ اس سے مریض کے جسمانی اور ذہنی قویٰ میں اضمحلال پیدا ہوتا ہے۔ علیٰ ہذا القیاس زیادہ دنوں تک دونوں آنکھوں پر پٹی کا باندھنا بھی اس کا باعث بنتا ہے۔

زمانہ سابق میں یہ ضرورت موتیا بند کے آپریشن کے بعد پیش آتی تھی۔ سن رسیدہ اشخاص کے لئے قطعاً روشنی کو بند کر دینا خطرناک ہوتا ہے۔ ایسا کرنے سے ان میں دماغی خلل پیدا ہو سکتا ہے۔ اگر کسی شخص کی آنکھ میں موتیا بند کا آپریشن کیا گیا ہو اور آپریشن والے، ور اس کی دونوں آنکھوں پر پٹی باندھ دی جائے تو بغیر کسی خطرے کے ہم اس کو روشن کمرے میں بیٹھنے کی اجازت دے سکتے ہیں۔

محافظ عینک۔ اگر آنکھ کے لئے روشنی سے حفاظت کی ضرورت ہو تو دھوئیں کے رنگ کی عینک دونوں آنکھوں پر استعمال کی جائیں۔ اور دکھائی دینے والی شعاعوں کے لئے متعادل خاکستری رنگ کی عینک استعمال کریں یعنی تندرست آنکھوں کے لئے اگر ہم روشنی کی مقدار کم کرنا چاہیں جیسا کہ برفستانی مقام پر سفر کرتے وقت یا گرم ممالک اور بعض پیشوں میں اس کی ضرورت محسوس ہوتی ہے تو اس وقت ہم کو محافظ عینک کی ضرورت محسوس ہوتی ہے ان کے ذریعہ معمولی روشنی بھی الگ کی جا سکتی ہے۔ جب آنکھوں میں ذکاوت حس موجود ہو یعنی چوند زیادہ لگتی ہو۔ یا آنکھ کا طبقہ شبکیہ یا مشیمیہ ماؤف ہو تو چونکہ آنکھ کے اجزاء روشنی سے متاثر ہو کر اپنے افعال انجام دیتے ہیں اس لئے ان کو آرام دینے کے لئے روشنی کو علیحدہ کرنا نہایت ضروری ہے۔ چونکہ ہر قسم کا شیشہ فوق البنفشی شعاعوں کو اپنے اندر سے نہیں گذرنے دیتا اس لئے دھوئیں کے رنگ کی عینک سے آنکھ کی حفاظت روشنی سے ہو سکتی ہے۔ اور مذکورہ شعاعوں سے تو خاص کر آنکھ محفوظ رہ سکتی ہے۔ لہٰذا جس مقام پر فوق البنفشی شعاعیں زیادہ ہوں۔ یا جس جگہ پر چکا چوند پیدا کرنے والی تیز روشنی یا بجلی کی تیز روشنی ہو وہاں پر ان کو استعمال کرنا چاہیے۔ اگر روشنی کم ہو تو اس قسم کی عینک لگا کر مریض باریک یا چھوٹی قسم کی چیزیں نہیں دیکھ سکتا۔ ایسے اشخاص کے لئے ضروری ہے کہ ایسی عینک استعمال کریں جو کم روشنی میں صرف فوق البنفشی شعاعوں کو جذب کریں۔ اور روشنی کی بقیہ شعاعوں کو جذب نہ کریں۔ ایسے شیشے زردی یا سبزی مائل ہوتے ہیں۔ ان شیشوں کی کیمیاوی ساخت بھی مختلف ہوتی ہے۔ تجارتی دنیا میں اس قسم کے شیشوں کے نام مختلف ہوتے ہیں "یوفاس" "کلوروفل" "کرکس" کے شیشے فوق البنفشی شعاعوں کو مکمل طریقہ پر جذب کرتے ہیں۔ مگر ان میں رنگ نہایت خفیف یا بالکل نہیں ہوتا ہے۔

محافظات چشم۔ آنکھوں کو ضربات و حوادث سے محفوظ رکھنے کے لئے محافظ اشیاء کا استعمال نہایت ضروری ہے یہ محافظات اس قسم کی ہوں کہ نہ صرف سامنے کی طرف سے بلکہ باہر کی طرف سے بھی آنکھ کی حفاظت کا کام دیں مگر اس بات کا خیال رہے کہ ہوا کی آمد و رفت کا سلسلہ آنکھ تک جاری رہے۔ ان کی وجہ سے آنکھ تک پہونچنے میں

ہوا نہ رُکے - ورنہ ناخوش گوار گرمی کا احساس شروع ہو جائے گا اور شیشہ اندر کی طرف تر ہو جائیگا - لہذا آنکھ کی حفاظت جانبی باریک سوراخ والی جالی کے ذریعہ زیادہ مناسب ہے - اس میں سے ہوا اندر باہر آجا سکے گی - اور ہوا کی آمد ورفت کو بڑھانے نیز شیشہ کی گرمی کو کم کرنے کے لئے اس محافظ جالی کے اوپر کی جانب بھوں کے پاس تھوڑی سی جگہ خالی چھوڑ دی جاتی ہے ایسی صورت میں شہری آبادی میں غریب اجسام آنکھ کے اندر اوپر سے نہیں داخل ہو سکتے - آنکھ کے سامنے شیشہ لگا سکتے ہیں ورنہ شیشے کے بجائے شفاف سیلولائڈ کے ٹکڑے بھی یہی کام دے سکتے ہیں - یہ ٹکڑے چوٹ وغیرہ کے لگنے سے شیشے کی طرح ٹوٹتے نہیں - مگر حقیقتاً شیشہ ہی ایسی شفاف شے ہے جس کے اندر سے گذر کر آنکھ تک کافی روشنی پہونچ سکتی ہے اور آنکھ اپنے بصری افعال انجام دے سکتی ہے -

مذکورہ عینک کے استعمال سے آنکھوں کو گرمی کا احساس ہوتا ہے اور پسینہ نکلنے لگتا ہے یا یہ عینک گرد و غبار سے مکدر اور خراب ہو جاتی ہو اسی لئے کام کرنے والے لوگ اس کو پسند نہیں کرتے - علاوہ ازیں کام کرنے والے لوگ اگر ان عینکوں کو استعمال کریں تو کام کرتے وقت فلزی ذرات ان سے ٹکراتے ہیں - اسی لئے بہت جلد ان کی سطح خراب ہو کر بینائی میں فرق پیدا کرتی ہے لہذا محافظ اشیاء کا انتظام اس طور پر کرنا چاہئے کہ ان اشیاء سے شیشے کے حصص بآسانی علٰحدہ کئے جا سکیں اور اُن کی جگہ پر بدل کر دوسرے شیشے لگائے جا سکیں -

آنکھ پر باندھنے والی پٹیاں - ان پٹیوں کی دو قسمیں ہیں (۱) محافظ پٹی (۲) دباؤ والی پٹی -

محافظ پٹی - کا مقصد صرف یہ ہو کہ اجفان کو بند کر کے آنکھ کو آرام میں رکھیں اسی کے ذریعہ ہم آنکھ کی سطح کی رگڑ - قروح زخم وغیرہ کو آنکھ کی اجفان کے حرکات کی وجہ سے پیدا ہونے والی خراش سے محفوظ رکھ سکتے ہیں - کیونکہ اجفان کی رگڑ کی وجہ سے درد پیدا ہو جاتا ہے یا بڑھ جاتا ہے اور اسی کی وجہ سے نئے پیدا ہونے والے بشری خلیات میں رکاوٹ پیش آتی ہے - نیز زخم کے دونوں لب ایک دوسرے سے علٰحدہ رہتے ہیں - لہذا ہر قسم کے جرّی عملیات میں پہلے روز دونوں آنکھوں پر پٹی باندھ دینا چاہئے - تاکہ اجفان بالکل سکون کی حالت میں رہیں - اگر آنکھ سے رطوبت بہت زیادہ خارج ہوتی ہو تو پٹی باندھنا مضر ہو گا - جس آنکھ میں زرق الماء کی استعداد زیادہ ہو اس پر بھی غور و فکر کے بعد پٹی باندھنا چاہئے - کیونکہ آنکھ کو بند کر دینے سے حدقۂ عین پھیلتا ہے اور زرق الماء کے پیدا ہو جانے کا خطرہ بڑھ جاتا ہے - حفاظتی پٹی نہایت ہلکی باندھی جائے - پہلے بند آنکھ پر گاز کا ٹکڑا رکھ لیں اس کے بعد آنکھ کی خلاء کو روئی سے پُر کریں اور روئی

کو پلاسٹر کے ذریعہ اپنی جگہ پر قائم کریں یا روئی کے اوپر پٹی باندھیں۔ بچوں کے اضطراب کی وجہ سے پٹی آنکھوں پر سے کھسک جاتی ہے۔ لہٰذا ان کے واسطے قائم رہنے والی نشاستہ کی پٹی بہتر ہوتی ہے۔ اگر اجفان پٹی کے نیچے ایک دوسرے سے چپک جائیں تو آنکھ پر رکھنے والی گاز میں سیمابی زرد مرہم یا بورک مرہم لگائیں۔ اگر آنکھ کو ہاتھ کے صدمات سے بچانا مقصود ہو جیسا کہ زخم کی تازہ خیاطت یا تازہ اندمال کی صورت میں بچوں میں خصوصیت کے ساتھ اس کا خطرہ ہوتا ہے تو ایسی صورت میں جالی کا بنایا ہوا شیلڈ یا المونیم کا مقعر شیلڈ لگا دینا بہتر ہوتا ہے۔ چونکہ بچے اپنے ہاتھ آنکھ میں لگاتے ہیں لہٰذا بہتر ہے کہ ان کے بازوؤں پر جبیرہ باندھ دیا جائے۔

تر پٹی جس میں گاز کو بورک ایسڈ محلول میں بھگو لیتے ہیں اور اس کے اوپر گٹا پارچہ کا ٹکڑا لگا دیتے ہیں بہت جلد اکزیما پیدا کر دیتی ہے اس لئے اس سے احتراز لازم ہے۔

دباؤ والی پٹی۔ اس پٹی کے باندھنے میں پہلے آنکھ کے اوپر روئی زیادہ مقدار میں رکھی جاتی ہے اور پھر پٹی ذرا زور کے ساتھ کس کر باندھی جاتی ہے۔ اگر اس قسم کی پٹی کچھ دیر بندھی رہنے کے بعد کھولی جائے تو آنکھ طبعی حالت سے بھی نرم معلوم ہوتی ہے۔ اور بعض اوقات قرنیہ میں جھریاں پڑ جاتی ہیں۔ آنکھ سے پانی بہتا ہے اور ہدبی احتقان پایا جاتا ہے۔ اس کا باعث یہ ہے کہ باہر کے دباؤ کی وجہ سے شروع میں آنکھ کے اندر تو ترصین اپنی طبعی حالت سے بڑھ جاتا ہے فی نفسہ کوئی رطوبت نہیں بڑھتی بلکہ آنکھ کے اندر کی رطوبت دباؤ کی زیادتی کی وجہ سے باہر نکلتی ہے اسی وجہ سے آنکھ نرم پڑ جاتی ہے۔ اس پٹی کے لگانے کا مقصد یہی ہوتا ہے کہ مرضی رطوبات مثلاً رطوبت تحت الشبکیہ جو کہ اپنی جگہ سے شبکیہ کے اکھڑ جانے کی وجہ سے پیدا ہو گئی ہو یا جس کی وجہ سے شبکیہ اپنے طبعی مقام سے اکھڑ گیا ہو وہ مائی رطوبت اس طرح آسانی کے ساتھ آنکھ سے باہر آ جائے مگر مشکل یہ ہے کہ مریض اس قسم کی پٹی کو برداشت نہیں کرتے۔

اس قسم کی پٹی سے آنکھ یکایک نرم ہو جاتی ہے۔ اور خزانۂ مقدم طبعی حالت سے بہت زیادہ گہرا ہو جاتا ہے اس وقت یہ بھی ممکن ہے کہ ہدبی احتقان بڑھ کر التہاب عنبیہ میں تبدیل ہو جائے۔ لہٰذا یہ خیال رکھنا چاہیے کہ ایسی پٹی نہایت غور و فکر کے بعد باندھی جائے۔ جن آنکھوں میں طبقہ شبکیہ اپنے طبعی مقام سے اکھڑ جاتا ہے۔ اُن میں دباؤ والی پٹی کی طاقت برداشت نہ ہونے کی وجہ یہ ہے کہ زجاجیہ تندرست نہیں ہوتی اور دباؤ والی پٹی سے اس کا حجم بہت جلد کم ہو جاتا ہے اور جن آنکھوں کی گہرائی میں ساختیں تندرست ہوتی ہیں۔ وہ دباؤ کی پٹی کو بخوبی برداشت کر لیتی ہیں۔ لہٰذا

ایسی پٹی اس وقت فوراً باندھ دینا چاہیے جب کہ آنکھ کے بیرونی طبقات میں سے کوئی طبقہ باہر کو اُبھر آئے۔ یہ علاج گو کہ شافی نہیں ہو سکتا لیکن اُبھار کی زیادتی اس سے ضرور رک سکتی ہے بشرطیکہ باہر نکلنے والی جگہہ قرنوی قروح کی تہ یا عنبیہ ہو۔ سیل قرنیہ کی وجہ سے قرنیہ کا نرم ہو جانا قرنوی خلّی انسجہ کے شدید التہاب کی وجہ سے قرنیہ کا نرم ہونا۔ اسی طرح سے صلبیہ کا نرم ہو جانا۔ یہ سب ایسی حالتیں ہیں کہ تو تر عین کی متحمل نہیں ہو سکتیں۔ ایسی صورتوں میں دباؤ والی پٹی اُس وقت تک باندھنا مفید ہوتا ہے جب تک کہ یہ جگہیں کافی دبیز اور مضبوط نہ ہو جائیں۔ اس مقصد کے لئے لچک دار دباؤ والی پٹی دن میں دو تین مرتبہ آنکھ پر باندھی جاتی ہے۔ مگر اس پٹی کے باندھنے کی ضرورت زیادہ عرصہ تک محسوس ہوتی ہے اس پٹی کو عرصہ تک مقررہ وقت پر صرف چند گھنٹوں کے واسطے باندھنا چاہیے۔

اگر کسی قرصہ کے نازک فرش یا تازہ مندمل زخم یا آنکھ کے اندر کھلے ہوئے سوراخ کا علاج منظور ہو تو اس کا خیال رکھیں کہ دباؤ کے زیادہ بڑھ جانے سے سوراخ کے وہاں سے آنکھ کے پھٹ جانے کا امکان ہے اور آنکھ کی تمام انسجہ کے باہر نکل آنے کا خطرہ ہے۔ اس لئے تمام ایسی باتیں جو آنکھ کے اندر دباؤ کو بڑھانے والی ہو مثلاً اجفان کو زور سے بند کرنا۔ وزن کو اُٹھانا۔ چھینکنا یا کونتھنا اور چبانا وغیرہ ان سے اجتناب اور پرہیز ضروری ہے۔ چھینک کو اس طرح روکا جا سکتا ہے کہ انگلی کے ذریعہ خنک صلبہ پر ناک کے نیچے درمیانی جگہہ کو دبائیں۔ اگر آنکھ میں سوراخ ہونے کا ڈر ہو تو مریض کو فوراً بستر پر آرام سے لٹا دینا چاہیے۔

"علاماتی علاج"

معالجات چشم میں حفظان صحت کے اصول کی پابندی کے علاوہ بعض اوقات ایسے مخصوص علاج کی بھی ضرورت ہوتی ہے جو اس آنکھ کے لئے موزوں و مناسب ہو۔ یہ علاج علامات کے لحاظ سے مختلف اوقات میں مختلف ہوتا ہے۔ علامات کے لئے ہمارے پاس ادویہ اور طبیعی ذرایع ایسے موجود ہیں کہ جن کو معالجہ میں اختیار کرنے سے مریض کو بہت فائدہ پہونچتا ہے۔ طبیعی ذرائع حسب ذیل ہیں :۔

(۱) گرمی اور سردی۔ گرمی اور سردی کا فائدہ حاصل کرنے کے لئے گرم و سرد تکمیدات استعمال کی جاتی ہیں۔ اجفان کے پتلا ہونے کی وجہ سے ان تکمیدات کا اثر اجفان میں سے گذر کر ملتحمہ اور مقلہ چشم تک پہنچتا ہے یعنی اجفان

کے علاوہ مجہری انسجہ بھی اس سے متاثر ہوتی ہیں۔

سردی پہونچا کر ہم آنکھ کی حرارت تقریباً ۸ ڈگری تک کم کر سکتے ہیں۔ اور گرمی پہونچا کر ان انسجہ کی حرارت کو ہم اٹھ ڈگری تک یا اس سے کچھ زائد بڑھا سکتے ہیں۔ سرد تکمید سے عروق منقبض ہو جاتے ہیں اور دموی احتقان کم ہو جاتا ہے۔ فوری ضروریات میں یہ زیادہ مفید ہے۔ ملتحمہ کے جل جانے۔ ردھوں کو توڑنے یا آنکھ سے علیحدہ کرنے کے بعد اور سوزکی التہاب کے پہلے درجہ میں سرد تکمید کی وجہ سے درد اور گرمی کم ہو جاتی ہے۔ چونکہ سردی کی وجہ سے کیمیاوی اور طبعی اعمال کی انجام دہی میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے اس لئے سردی کو ہم انتفاخ عدسہ روکنے کے لئے استعمال کرتے ہیں اور ایسا اس وقت کرتے ہیں جب کہ غلاف عدسہ کے زخمی ہو جانے سے خزانۂ مقدم کی رطوبت کے انجذاب کی بنا پر اس کے پھول جانے کا خطرہ ہوتا ہے

گرم تکمیدات زیادہ استعمال کی جاتی ہیں۔ گرمی سے عروق پھیل جاتے ہیں۔ دموی احتقان بڑھ جاتا ہے اور استحالہ کی رفتار میں زیادتی ہو جاتی ہے گویا کہ اس طرح خون کے حفاظتی اجزاء کو مقام ماوف پر پہونچنے کا زیادہ موقع ملتا ہے۔ تکاثر کریات بیضاء کی وجہ سے کریات اکالہ کا عمل ماؤف مقام پر بڑھ جاتا ہے یعنی گرمی کی وجہ سے شفا کی قدرتی کوشش زیادہ ہو جاتی ہیں۔ لہذا آنکھ کے مقدم حصہ کے تمام التہاب میں گرم تکمیدات کا استعمال نہایت عام ہے۔ اس سے عموماً درد و تالم میں کمی ہو جاتی ہے۔ معالج کو چاہئے کہ تکمیدات کے متعلق نظری حیثیت سے قطع نظر کر کے اس امر کا فیصلہ کرے کہ کس مریض کو گرم تکمیدات کی ضرورت ہے اور کس مریض کو سرد تکمیدات کی۔ کاسٹک کے لگانے کے بعد تکمید سے زیادہ فائدہ ہوتا ہے اس سے کاوی و تہیجی اثر رک جاتا ہے۔ یہ تکمید برف سے کی جائے۔

تکمیدات کے استعمال کا طریقہ ذیل میں درج کیا جاتا ہے۔

مریض کو پہلے لٹا دیں اور جس کپڑے سے تکمید کرنا ہے اس کو آنکھ پر رکھیں۔ مگر آنکھ پر اس کپڑے کو ہاتھ سے یا کسی دوسری چیز سے دبا کر نہ رکھنا چاہئے اور نہ آنکھ پر اس کو باندھنا چاہئے۔ تکمید کا کپڑا بہت بھاری بھی نہ ہو ورنہ آنکھ پر بوجھ پڑے گا۔ خوب گرم بورک محلول کو اپنے پاس رکھ لیں اور لنٹ کی کئی تہ بنا کر اس محلول میں بھگو کر نچوڑیں اور آنکھ پر رکھ کر اوپر سے گٹا پارچہ رکھ دیں۔ تاکہ اس کی گرمی بہت جلد زائل نہ ہو جائے۔ تھوڑی دیر کے بعد اس کو بدلتے ہیں معمولی پانی کے بجائے جیسا کہ پہلے بھی بیان کیا گیا ہے بورک محلول یا ہلکا سیمابی محلول استعمال کرنا زیادہ بہتر ہے۔

سرد تکمید کے لئے لنٹ کو سرد محلول میں ڈبو دیا جائے یا برف کے ٹکڑے پر رکھ کر سرد کر لیا جائے اور ایک ایک منٹ یا دو دو منٹ کے بعد کپڑے کو بدل بدل کر آنکھ پر رکھتے رہیں۔ بعض ماہر سرد تکمیدات میں بجائے کپڑے اور لنٹ کے برف کا تھیلا استعمال کرتے ہیں اور بعض ماہر لیٹر کے انبوبے استعمال کرتے ہیں مگر میرے خیال میں بھاری ہونے کی وجہ سے ان کا استعمال زیادہ مناسب نہیں ہے۔ گرم تکمید کو مسلسل ۱۰ منٹ تک جاری رکھنا چاہیے اور پھر ایک گھنٹہ کا وقفہ دینا چاہیے۔ سرد تکمیدات کو مسلسل استعمال کرنے سے فائدہ ہوتا ہے۔

اجفان کی تر تکمیدات جن کو ہم اجفان کے لئے استعمال کرتے ہیں۔ ان کے لئے گرم طبعی نمکین محلول بھی استعمال کر سکتے ہیں۔ مگر اس کو اس طرح استعمال کرنا چاہیے کہ قرنیہ پر آہستہ آہستہ پڑتا ہے۔ التہاب قرنیہ صلبیہ وجسم ہدبی وعنبی میں مسلسل یا بار بار کی جانے والی تکمیدات کا پانی ۴۰ سے ۵۰ درجہ سنٹی گریڈ تک گرم ہوتا ہے۔ اس حالت میں آنکھ کو مخدر نہ کرنا چاہیے اور بار بار رک رک کر متعدد مرتبہ تکمید کرنا چاہیے۔

فوری تاثیر (قرنوی قروح کو مطہر کرنے کے لئے) اگر محلول کو ۸۰ ڈگری سنٹی گریڈ تک گرم کر لیا جائے اور بلاواسطہ قرنیہ پر اس کو ڈالا جائے تو اس سے مفید نتائج برآمد ہوتے ہیں مگر اس عمل سے پہلے قرنیہ میں کوکین محلول سے تخدیر پیدا کر لینا چاہیے۔ تخدیر کی ضرورت اس وقت بھی ہوتی ہے جب کہ تیز گرمی مقلہ چشم کو پہنچانا مقصود ہو مقلہ چشم کو گرمی پہنچانے کے چار طریقے ہیں۔

(۱) ربڑ کے گیند کے ذریعہ جس میں ایک طرف ربڑ کی نلکی ہو اور اس کے مقدم حصہ پر دھات کی نلکی ہو۔ ربڑ کے گیند کو بند کرنے اور کھولنے پر ہوا کی دھار بلاواسطہ اس مقام پر ڈال سکتے ہیں جہاں کہ گرم تکمیدات کی ضرورت ہے ہوا کو پہلے گرم کر لیا جاتا ہے۔

(۲) مقلہ چشم پر پانی کی الکوحلی بھاپ ڈالی جائے۔ اس کے ذریعہ ۹۰ سنٹی گریڈ تک گرمی پہونچ سکتی ہے۔

(۳) ماہر حوباگے کے طریقہ پر ایک مکواۃ کہربائی کی حرارت بجلی کے ذریعہ خاص مقام پر قائم کی جاتی ہے۔ اور پھر اسی مکواۃ کہربائی کو آنکھ کے بہت نزدیک رکھا جاتا ہے۔ مگر یہ خیال ہے کہ اس مکواۃ سے آنکھ کو چھوا نہ جائے۔ اس کو ادھر سے اُدھر ماؤف آنکھ کے سامنے حرکت دی جائے یہ عمل ایک منٹ تک جاری رکھیں۔

(۴) تھرموفور کے فلزی کنارے کو ۵۰ درجہ تک گرم کریں اور اس کو قرنوی وصلبی کنارے پر تین منٹ تک لگا رہنے

دیں - اس طریقہ سے گرمی پہونچانے سے قرنیہ کے عام قروح اور قرحہ ساعیہ کا بڑھنا رک جاتا ہے - ماہر شاہان کی رائے ہے کہ مسلسل تھرموفور سے گرمی پہونچانے پر زرق المائی تو تر عینی کم ہوجاتا ہے -

گرمی پہونچانے کے لئے مکواۃ حدیدا اور مکواۃ کہربائی دونوں کو ہم استعمال کرتے ہیں - انسجہ کے درمیان تیز ارتعاش والی (High frequency) کہربائی رو گذارتے ہیں - انسجہ کے اندر بجلی کے گذرنے میں رکاوٹ سے گرمی پیدا ہوتی ہے جو تکمید کا کام دیتی ہے -

شعاع رانجنی و ریڈیم کے ذریعہ علاج -

قرنوی قروح کے علاج کے لئے جس روشنی کے اندر فوق البنفشئی شعاعوں کی بہت زیادتی ہوتی ہے اس کا استعمال مفید ثابت ہوچکا ہے -

شعاع رانجنی اور ریڈیم کی شعاعوں کے ذریعہ ملتحمی درنی عدوی رو ہوں - اور رمد ربیعی کا علاج کیا گیا ہے - ان سے بعض اوقات التہاب قرنیہ کا علاج بھی کیا جاتا ہے - علاوہ ازیں کہفی ورم لمفاوی اور جفنی سلعہ خبیثہ سرطانیہ کا علاج بھی ان سے ہوسکتا ہے - اور مجری سلعہ لحمیہ کا علاج بھی ان کے ذریعہ ممکن ہے -

آنکھ کے اندر اگر سلعہ خبیثہ لحمیہ پیدا ہو - تو اس کے واسطے آنکھ کا نکال دینا ہی مناسب ہے - مگر صرف مقامی عینی سلعہ لحمیہ میں ایسا کرنے کی ضرورت نہیں - آنکھ کو نکال دینے کے بعد اس کا استعمال زیادہ مناسب ہوتا ہے تاکہ ثانوی طور پر سلعات نہ پیدا ہوں - علی ہذا القیاس مجری سلعات لحمیہ کے بعد بھی اس کا استعمال ضروری ہے - یہاں بھی اس کی علت غائی یہی ہے کہ ثانوی سلعہ نہ پیدا ہو اور اگر پیدا ہو جائے تو بھی اسی علاج پر اکتفا کرنا پڑتا ہے

آنکھ کے سطحی عوارض یا ملحقات چشم کے علاج میں جسم کے ساتھ شعاع رانجنی لگانے والے اجزاء کی شکل ایسی ہونی چاہیے کہ اُن کی وضع مقام ماوف کے ساتھ متوازی رہے - تاکہ ریڈیم کی شعاعوں کا عمل اس مقام پر یکساں ہو - ریڈیم کے ذریعہ علاج کے دوران میں قرنیہ کو سیسہ کی تختی سے ڈھانک دیا جاتا ہے تاکہ قرنیہ پر ریڈیم کی شعاعوں کا بالکل اثر نہ ہو -

آنکھ کے سلعات میں ریڈیم کے نمکیات کو جو مختلف انبوبوں میں بند ہوتے ہیں سلعات کے اندر دفن کردینا مناسب ہوتا ہے - ان شعاعوں کے ذریعہ علاج کرنے میں آہستہ آہستہ ان کی مقدار بڑھانے سے ایک مرتبہ زیادہ مقدار بڑھا دینا بہتر ہوتا ہے

اگر پہلی مرتبہ صرف تھوڑی دیر تک ان شعاعوں کے اثرات پیدا کر کے ان کو علاج کے لئے کافی سمجھا جائے تو خراب نتائج کے ظہور کا امکان ہوتا ہے۔ شعاع رنجنی یا ریڈیم کی شعاعوں کے استعمال میں یہ امر قابل لحاظ ہے کہ A اور B. شعاعیں جہاں تک ممکن ہو الگ کردی جائیں کیونکہ یہ شعاعیں سطحی انسجہ کو نقصان پہونچاتی ہیں۔ γ شعاعوں سے سطحی انسجہ کو نقصان نہیں پہونچتا - یہ گہری ساختوں تک پہنچ جاتی ہیں اور مرضی انسجہ پر ان کا اثر زیادہ قوی ہوتا ہے۔

کہربائی رو۔ عضلہ محیط جفنی کی شدید انقباضی صورت میں اس سے بہت فائدہ پہنچتا ہے۔ اور عضلہ مذکورہ کی استرخائی صورت میں بھی اس کا فائدہ یقینی ہے۔ علاوہ ازیں عام عضلات چشم کے استرخا میں بھی کہربائی رو کو استعمال کیا جاتا ہے۔ ہمارا تجربہ ہے کہ فیراڈک رو (Faradic current) کے ذریعہ عضلہ میں اس وقت تک انقباض نہیں پیدا ہوتا جب تک کہ عضلہ کو برہنہ نہ کرلیا جائے اس شرط کی وجہ سے کہربائی رو کے ذریعہ علاج معالجہ بڑی حد تک ناممکن العمل ہو جاتا ہے۔ گیلوانی کہربائی رو۔ اس سے بہتر ثابت ہوتی ہے کیونکہ عضلہ کے اندر سے گذرنے میں اس کی طاقت کم ہوتی ہے۔ مگر عصب بصری کی نمو کے لئے اس رو کا مفید ہونا مشکوک ہے۔ کہربائی رو کا اثر آنکھ کے التہابات میں مسکن ضرور ثابت ہوتا ہے۔ اس کے استعمال کا طریقہ یہ ہے کہ بند اجفان پر کٹوری نما الکٹروڈ (Electorode) لگایا جاتا ہے اور دوسرے الکٹروڈ کو مریض کے ہاتھ میں دیدیتے ہیں اس کے بعد کمزور فیراڈک رو ان کے اندر سے گذاری جاتی ہے جن امراض میں تلقین کی ضرورت ہوتی ہے ان میں بجلی کا علاج نہایت کامیاب ثابت ہوتا ہے۔ جیسا کہ عصبی اندھاپن اور ضعف بصارت میں ہوا کرتا ہے۔ ایسے امراض میں بجلی کے استعمال کا طریقہ اس قدر اہم نہیں ہے جتنا کہ مریض کو اس امر کا یقین دلانا مشکل ہوتا ہے کہ بجلی ہی کے ذریعہ اس کی شکایات کا بہترین علاج ہو سکتا ہے اور اسی کے ذریعہ اس کی تمام شکایات کا استیصال ہو جائے گا۔

بعض ایسی ادویہ جو پانی میں محلول ہوں مثلاً ایوڈین اور سیمابی مرکبات وغیرہ ان کو غائر انسجہ میں پہونچانے کے لئے بھی کبھی ہم بجلی کو استعمال کرتے ہیں چنانچہ اس مقصد کے لئے گیلوانی رو کو اختیار کرتے ہیں۔ اور اس عمل کو مداوات بطریق جلد (Cataphoresis) کہتے ہیں۔

لیکن تحلیل کہربائی (Electrolysis) وہ عمل ہے جس میں بجلی کے ذریعہ کیمیاوی مرکبات کے اجزا علیحدہ علیحدہ ہو جاتے ہیں۔ مذکورہ سابقہ عمل کے لحاظ سے یہ عمل بالکل برعکس ہے۔ اس میں ایک کیمیاوی عنصر (Element,) قطب

مثبت پر اور دوسرا قطب منفی پر جمع ہوتا ہے۔ گویا کہ مختلف آیون (Ion) ایک عنصر کے انسجہ کے اندر پہنچ کر اپنا اثر کرتے ہیں۔ اس طریقۂ علاج کو علاج آیونی کے نام سے تعبیر کیا جاتا ہے۔

مذکورہ بالا عمل کے لئے کہربائی رو ۲ ملی ایمپیر کی طاقت والی استعمال کی جاتی ہے۔ اس طریقۂ علاج میں ہم یک سلفیٹ کا محلول ½ سے ½ فیصدی تک کی طاقت کا استعمال کرسکتے ہیں (قرحہ ساعیہ اور قرنیہ کے ثبورات میں) زنک سلفیٹ ہی کے محلول کو استعمال کرتے ہیں۔ اور کونین سلفیٹ کو ہرپیز زوسٹر (Herpes zoster,) میں اختیار کیا جاتا ہے۔ تحلیل کہربائی کے عمل سے مژگاں کے بال اور سلعہ عروقی کو بھی ضایع کیا جاتا ہے۔

ماہر بیر کا دموی احتقان قہری - یہ عمل کرہ مصاصہ کے ذریعہ انجام دیا جاتا ہے۔ گردے کے درد میں جو گلاس لگانے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے۔ اس کی ہوا ایک ربڑ کی گیند کے ذریعہ نکال دی جاتی ہے۔ اس کی وجہ سے اجفان اور ملتحمہ میں ہیجان پیدا ہوتا ہے۔ اور کسی قدر آنکھ آگے کو نکل آتی ہے۔ اندر سے کچھ رطوبت بھی باہر نکلتی ہے۔ کیونکہ اس عمل کے بعد فوراً ہی آنکھ کسی قدر نرم ہوجاتی ہے۔ مگر تو ترعینی کی یہ کمی بہت جلد درست ہوجاتی ہے۔ اجفان کے صدیدی عوارض میں اس عمل سے بہت فائدہ ہوتا ہے۔

خون کا اخراج - عموماً یہ مقصد جونکوں کے ذریعہ حاصل کیا جاتا ہے۔ کنپٹی پر ۶ سے ۱۰ جونکیں لگانا چاہیے۔ مگر یہ خیال رہے کہ جونکیں اجفان کے نزدیک نہ لگائی جائیں ورنہ ان میں ورم اور ہیجان پیدا ہوجائے گا۔ شدید ہدبی وعینی التہاب میں خون کے نکال دینے سے بہت فائدہ پہونچتا ہے۔

آنکھ کے غائر انسجہ کے التہاب (مشیمیہ، شبکیہ اور عصب باصرہ کے التہاب) میں پہلے زمانہ میں جونکوں کے ذریعہ اخراج خون کا طریقہ رائج تھا۔ مگر آج کل بہت کم اس پر عمل کیا جاتا ہے۔ ان امراض میں اب زائدہ حلمیہ کے مقام کی ورید سے خون خارج کیا جاتا ہے۔ یہ ورید چونکہ انفی جوف سے خون حاصل کرتی ہے جس میں کھفی جوف کا خون آتا ہے اور جوف کھفی میں عینی ورید کھلتی ہے اس لئے اس ورید سے خون خارج کرنے پر آنکھ کو فائدہ پہنچتا ہے۔

ماہر میڈکس نے نکسیر کی وجہ سے آنکھ کے احتقانی حالات میں فائدہ پہنچتے دیکھ کر اس امر کی سفارش کی ہے کہ انفی غشاء مخاطی پر باریک نشتر سے شگاف دیا جائے۔ مقامی طور پر خون کے خارج کرنے سے شدید نزف الدم رک جاتا ہے۔

مالش (Massage,) ہلکی مالش کے متعدد فوائد ہیں جن کو ذیل میں بیان کیا جاتا ہے۔

(۱) صلبی گرہوں کو جذب کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے۔

(۲) قرنوی سحابی حالتوں میں زرد سیمابی مرہم کے ساتھ ہلکی ہلکی مالش مفید ثابت ہوتی ہے۔

(۳) زرق الماء کے اپریشن سے پہلے یا آپریشن کے بعد تو ترعین کو کم کرنے کے لئے بھی ہلکی مالش کی جاتی ہے

(۴) شبکیہ کے اندر سدہ کے پھنس جانے پر ہلکی مالش سدّہ کو وہاں سے ہٹانے میں مفید ثابت ہوتی ہے۔

مالش آنکھ کو مخدر کرنے کے بعد کی جاسکتی ہے۔ مگر عام طور پر اجفان کے اوپر مالش کرنے کا طریقہ رائج ہے۔ مالش کے لئے انگلیوں سے کام لیا جاتا ہے۔ تازہ شبکی سدّہ میں جس قدر پیچھے کی طرف مقلہ عین پر مالش کی جائے اسی قدر مفید ہوتی ہے۔ مالش کرنے میں جگہہ کا بدلتے رہنا ضروری ہے تاکہ تمام مقلہ پر یہ عمل ہو جائے۔ مالش کا ایک طریقہ یہ بھی ہے کہ مالش کرنے والا مقلۂ عین کے دونوں طرف اپنی انگلیوں کو رکھ کر اُن کے درمیان مقلہ کو بھینچے۔ اور یکایک انگلیوں کو ڈھیلا کر کے اس دباؤ کو زائل کر دے۔ ایسا کرنے سے رکاوٹ کے بعد فوراً خون عروق کے اندر زیادہ مقدار میں داخل ہوتا ہے۔ جس سے سدہ کے آگے کھسکنے کا امکان ہے۔

آنکھ کے اندر سے سیال رطوبت کے اخراج کے لئے اور علیٰ ہذا القیاس تو ترعین کو کم کرنے کے لئے دو طریقے سے مالش کی جاتی ہے پہلے طریقہ کو ہم (Palpation massage) کہتے ہیں

اس کا طریقہ یہ ہے کہ معالج مریض کے پیچھے کھڑا ہو کر مریض کو نیچے کی طرف دیکھنے کی ہدایت کرتا ہے اور اس کی آنکھ آہستہ سے بند کر لیتا ہے۔ اس کے بعد بالائی جفن کے اوپر دونوں ہاتھوں کی انگشت شہادت کے ذریعہ دباؤ ڈالتا ہے طریقہ اس کا یہ ہوتا ہے کہ ہر انگلی سے یکے بعد دیگرے دباؤ ڈالتے ہیں۔ دباؤ کا رُخ آنکھ کے مرکز کی طرف ہونا چاہیے۔ شروع شروع میں اس قسم کی مالش نصف منٹ تک کی جائے اور حرکات نہایت آہستہ آہستہ ہوں۔ بعد میں اس کو رفتہ رفتہ ۳ سے ۵ منٹ تک بڑھاویں۔ اور حرکات جلد جلد کریں۔

دوسری قسم کی مالش میں، ایک ہاتھ کی تین انگلیاں استعمال کی جاتی ہیں۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ بند آنکھ کے اوپر انگلیوں کو رکھ کر نہایت آہستگی کے ساتھ مدور حرکات کے ذریعہ ۱۵ سے ۲۰ منٹ تک مالش کی جائے۔

پسینہ لانے والی ادویہ کا استعمال - التہاب عنبیہ - التہاب جسم ہدبی و عنبی - التہاب مشیمیہ - التہاب شبکیہ التہاب عصب باصرہ میں خون کے انجذاب کو مدد دینے اور ترشحات کے جذب ہونے کے واسطے نیز زجاجیہ کے غیر سحابی

مواد اور رطوبت تحت الشکیہ کے انجذاب کی غرض سے پسینہ لانے کی کوشش کی جاتی ہے۔ زمانۂ سابق میں پیلو کارپین کی زیر جلدی تلقیحات کے ذریعہ عمل تعریق انجام دیا جاتا تھا۔ چونکہ یہ طریقہ تکلیف دہ تھا اس لئے متروک ہوگیا۔ اب پسینہ لانے کے لئے ذیل کے طریقے رائج ہیں۔

(۱) ایک گرام یا دس سے پندرہ گرین اسپرین گرم لیمونیڈ کے ساتھ پلائی جاتی ہے۔ اس کے بعد گرم کپڑے اڑھا کر مریض کو بستر پر لٹا دیا جاتا ہے۔

(۲) خوب گرم پانی سے غسل دے کر کمبل میں مریض کو بخوبی لپیٹ دیا جائے۔

(۳) بستر پر مریض کو لٹا کر اور اس پر گرم دبیز کپڑا ڈال کر بستر کے اندر اس کپڑے کے نیچے گرم ہوا پہونچائی جائے مثلاً لحاف وغیرہ۔ خواہ کسی لیمپ کی چمنی کو ایک ٹیوب سے جوڑ کر اس ٹیوب کو مریض کے اوپر والے کپڑے کے نیچے داخل کر دیا جائے یا بجلی کی گرم ہوا کے ڈوش کے ذریعہ ہوا کو اندر داخل کیا جائے۔ ان دونوں میں سے آخری طریقہ زیادہ بہتر اور صاف خیال کیا جاتا ہے۔ جس جگہ بجلی نہ ہو وہاں لیمپ ہی کو مذکورہ طریقہ پر استعمال کر سکتے ہیں۔ گرم ہوا پہنچانے کے وقت اگر مریض کے اوپر ایک ڈھانچا کھڑا کر کے اس پر گرم کپڑا چاروں طرف سے ڈال کر بند کر دیا جائے اور گرمی پہنچائی جائے تو یہ زیادہ بہتر ہے۔

(۴) بھاپ کا غسل دیا جائے۔

(۵) بجلی کی روشنی کا غسل دیں۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ مریض کے بیٹھنے کے واسطے ایک ایسا بکس ہونا چاہئے جس کی چاروں دیواروں میں بجلی کے لیمپ لگے ہوتے ہیں۔ اور وسط میں مریض کے بیٹھنے کے واسطے ایک اسٹول ہوتا ہے بکس کو بند کرنے کے بعد صرف مریض کا سر اور گردن باہر رہتی ہے۔

مذکورہ طریقوں میں سے کسی ایک طریقہ کو منتخب کر سکتے ہیں۔ مگر اس کے انتخاب میں مریض کی خواہشات کا لحاظ رکھا جائے۔ پسینہ روزانہ لایا جائے یا زیادہ وقفہ درمیان میں دیا جائے۔ دونوں صورتیں ہو سکتی ہیں۔ لیکن اس کا فیصلہ طبیب مرض کی شدت اور مریض کی طاقت کے اعتبار سے کرے گا۔

عمل تعریق صرف اس وقت مفید ہو سکتا ہے۔ جبکہ خوب زیادہ پسینہ لایا جائے ورنہ صرف احتقانی درجہ پر عمل تعریق کو بند کر دینے سے گو کہ جلد پر خفیف سی تری پیدا ہو جاتی ہے لیکن نتائج خراب مترتب ہوتے ہیں۔ اور فائدہ کچھ نہیں پہونچتا۔

درجۂ احتقان درجۂ تعریق سے پہلے ہوا کرتا ہے۔

اگر پسینہ کے ذریعہ آنکھ سے مرضی رطوبت یا مواد کا اخراج مقصود ہو تو مریض کو سیال اشیاء کھانے میں بہت کم دی جائیں۔ کیونکہ ایسی صورت میں سیال اشیاء کا باہر سے اضافہ کوئی معنی نہیں رکھتا۔ علاوہ ازیں اضافہ کی صورت میں مرضی مواد مطلوبہ کا اخراج نہیں ہو سکتا۔ بلکہ یہی زائد رطوبات پسینہ کے ذریعہ خارج ہونگے۔ لیکن جب سمی اجزاء کا اخراج مقصود ہو تو خوب پانی پلانا چاہیے۔ کیونکہ پانی کی مقدار جسم میں زیادہ بڑھ جانے سے پسینہ نسبتاً زیادہ آتا ہے اور پانی کی زیادتی سمیت کو اپنے اندر حل کر کے اخراج سمیت کا بھی باعث ہوتی ہے تصلب شریانی اور قلبی امراض میں جب کہ مریض لاغر ہو۔ خصوصاً ذرنی امراض میں مبتلا مریضوں اور حاملہ عورتوں کا علاج عمل تعریق سے نہ کرنا چاہیے۔

معالجات چشم میں مستعملہ دوائیں اور ان کا طریقۂ استعمال - آنکھ کے علاج معالجہ میں، سفوف۔ مرہم اور محلولات کی صورت میں دوائیں استعمال کی جاتی ہیں۔ آبی محلولات آنکھ میں دو یا تین بار روزانہ ڈالے جاتے ہیں۔ خراش پیدا کرنے والے محلولات جن کے استعمال کے بعد رطوبت کا اخراج بہت زیادہ ہوتا ہے ان کا استعمال مریض کے سونے سے قبل مناسب نہیں ہے۔ کیوں کہ ان کے رد عمل کی وجہ سے مریض کو نیند نہیں آتی۔ اور اجفان کے بند ہو جانے سے زائد رطوبت کا اخراج باہر کو نہیں ہوتا۔ ان کے برعکس بعض دوائیں ایسی ہوتی ہیں کہ ان کا استعمال رات کے وقت مناسب ہے۔ جب کہ اُن کے متعلق ہم یہ چاہتے ہوں کہ یہ دوائیں رات کو اپنا خوب اثر کریں۔ جیسا کہ زرق المار میں حدقہ کو منقبض کرنے والی دوائیں مثال میں پیش کی جا سکتی ہیں۔ اگر آنکھ میں ڈالنے والی کوئی دوا زیادہ عرصہ تک رکھے رہنے کی وجہ سے گندلی ہو جائے اور اس کے اندر روئی کے گالے سے نظر آنے لگیں تو اس کو ہرگز استعمال نہ کرنا چاہیے بلکہ پھینک دیں۔

آنکھ کے اعمال جراحیہ (آپریشن) کے بعد فوراً یا آنکھ کے تازہ زخموں کی حالت میں صرف مطہر محلولات کا استعمال ضروری ہے تاکہ باہر سے صدیدی عدوی آنکھ میں شامل ہو کر تازہ زخم یا آپریشن کے مقام کو جراثیم سے ملوث نہ کر دے۔ ٹھنڈے محلولات کے اعتبار سے ذرا گرم محلولات جلد جذب ہوتے ہیں اور اُن سے تکلیف بھی نہیں ہوتی۔ اگر تکلیف ہوتی بھی ہے تو بہت ہی کم۔ ایک مرتبہ میں بہت زیادہ مقدار میں محلول کا ڈالنا فضول اور بیکار ہے۔ کیونکہ محلول کا بہت تھوڑا حصہ ملتحمہ میں رہ جاتا ہے اور بقیہ فوراً باہر نکل جاتا ہے۔ ایک مرتبہ میں صرف ایک بڑے قطرے کی مقدار میں محلول کا ڈالنا کافی ہوتا ہے۔ اگر محلول کے قطرات آنکھ میں ٹپکاتے وقت ہم مریض سے کہیں کہ وہ اوپر دیکھتا ہے اور خود اُس کی

زیرین جفن کو نیچے کی طرف کھینچ لیں تو محلول کا قطرہ آنکھ میں زیادہ دیر تک ٹھہر سکتا ہے اور اس کی زیادہ مقدار جذب ہو جاتی ہے۔ جو دوائیں حدقۂ عین پر موثر ہوتی ہیں وہ قرنیہ سے نفوذ کر کے خزانۂ مقدم میں پہنچ جاتی ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ حدقہ پر ان کا اثر ظاہر ہوتا ہے۔ اس قسم کے محلول کا کچھ حصہ ملتحمہ جذب کر لیتا ہے اور کچھ حصہ غشاء انفی میں جذب ہو جاتا ہے کیونکہ آنسوؤں کے ساتھ یہ دوا بھی ناک کے اندر آلات دمعی کے راستے سے پہونچتی ہے۔ مگر یہ مقدار اس قدر خفیف ہوتی ہے کہ اس کا کچھ اثر نہیں ہوتا۔ اگر ان محلولات کو بکثرت استعمال کیا جائے یا ان کی طاقت بہت زیادہ ہو تو اثر پیدا ہو سکتا ہے۔

آنکھ کے طبقۂ ملتحمہ (کیس یا تھیلی) میں ادویہ کا استعمال آبی محلول یا تیل کے ساتھ کیا جاتا ہے۔ حل ہو جانے والی چھوٹی چھوٹی قرص بھی استعمال کی جاتی ہیں۔ اگر کسی دوا کے اثر کے متعلق خیال ہو کہ وہ بہت زیادہ دیر قائم رہے تو اس کو مرہم کی صورت میں استعمال کرانا چاہیے۔ اس کے علاوہ مرہم کی صورت میں اس وقت بھی دوا کے استعمال کی ضرورت ہوتی ہے جب کہ آنکھ سے بہت زیادہ پانی بہ رہا ہو۔ اور اس امر کا ڈر ہو کہ محلول کی صورت میں استعمال کرنے سے دوا فوراً آنسوؤں سے مل کر بہ جائے گی۔ علاوہ ازیں جب محرش ادویہ کے استعمال کی ضرورت پڑتی ہے تو اس وقت بھی ان کو مرہم کی صورت میں استعمال کیا جاتا ہے۔ مرہم کی صورت میں استعمال ہونے والی دواؤں کو ہم ذیل میں درج کرتے ہیں۔
ایٹروپین۔ کوکین۔ ہالوکین۔ بورک ایسڈ۔ آرجیرول اور کبھی کبھی خصوصاً آپریشن کے بعد زخموں یا قروح کی وجہ سے آیوڈو فارم بھی استعمال کیا جاتا ہے۔ توتیا دکا پر سلفیٹ، یا اسپرٹ روغنوں میں اور زرد یا سفید سیمابی مرہم قرنوی عوارض میں استعمال کیا جاتا ہے۔

محرش محلولات کی طرح توتیا اور سیمابی مرہم اپنے محرش اثر کی وجہ سے مریض کے سونے کے وقت اس کی آنکھ میں نہ لگائے جائیں۔ جو مراہم صرف ملتحمہ کے امراض میں استعمال کرائے جاتے ہیں ان میں موٹے ذرات دوا کے نہ ہونے چاہئیں ورنہ ان کی وجہ سے آنکھ میں خراش پیدا ہو گی ایسی لئے آنکھ میں استعمال کی جانے والی ہر قسم کی دوائیں نہایت باریک ہوتی ہیں۔ اور ان کو احتیاط کے ساتھ خوب رگڑ کر مرہم بنایا جاتا ہے اور یہاں تک احتیاط کی جاتی ہے کہ ایک قسم کا متجانس مرہم تیار ہو جاتا ہے اس امر کا خیال رکھنا ہر مرہم میں خصوصاً زرد سیمابی مرہم میں زیادہ ضروری ہے اس مرہم کو سیاہ برتنوں میں رکھنا چاہیے تاکہ اس کے اجزا منتشر اور متصعد نہ ہو سکیں۔ مسکن ادویہ میں قرنیہ کی خراش میں سب سے زیادہ بہتر سفید مطہر ویزلین ہے۔

ملتحمہ میں مرہم کے استعمال کے لئے سب سے بہتر طریقہ یہ ہے کہ ایک سلائی شیشے کی لے کر اس کو اتنا گرم کریں کہ مرہم کسی قدر گرم ہو کر کچھ سیال ہو جائے اسی حالت میں سلائی کو دونوں اجفان کے درمیان میں رکھ لیں۔ اجفان کے لئے جو مراہم استعمال کئے جائیں ان کو جفنی کناروں کے درمیان رکھ کر اوپر سے آہستہ آہستہ ملا جائے اور یہ عمل رات کے وقت سونے سے پہلے کیا جائے۔ گر مرہم کے لگانے سے پہلے جو کھرنڈ یا قشور موجود ہوں ان کو گرم پانی یا بورک محلول سے صاف کر لیا جائے چونکہ اجفان میں مرہم کے لگانے سے کچھ نہ کچھ آنکھ کے اندر یا قرنیہ تک پہونچ جاتا ہے اس لئے زیادہ محرش مرہم کا استعمال مناسب نہیں ہوتا۔ اجفان کے مرہم کے واسطے ایسی چربی استعمال کرنا چاہئے جس میں کسی قدر پانی بھی ملا ہو۔ تاکہ پانی بخارات بن کر اڑ جائے اور وہاں پر کچھ ٹھنڈک پیدا ہو۔ اس ٹھنڈک سے ملتہب اجفان کو بہت آرام پہنچتا ہے اسی لئے ٹھنڈی کریم کا استعمال بھی مفید ہے۔ مگر چونکہ یہ بہت جلد خراب ہو جاتا ہے اس لئے ایسی ویزلین جس کے ساتھ پانی والی لینولین مخلوط ہو استعمال کرنا چاہئے۔

آنکھ میں استعمال کرنے کے لئے جو سفوف تیار کیا جائے اس کو نہایت باریک ہونا چاہئے۔ کیومل۔ گیلی سیں۔ ڈایونین کا سفوف ملتحمہ پر چھڑکا جاتا ہے۔ یہ سفوف زیرین ملتحمہ پر خصوصیت کے ساتھ چھڑکنے ''ذرور'' کے کام میں آتے ہیں۔ مگر قرنیہ پر ان کو نہ چھڑکنا چاہئے۔ آیوڈو فارم کو برہنہ سطح پر چھڑکا جاتا ہے۔

ادویۂ مستعملہ۔ ایٹروپین۔ عصب ثالث کے سروں کو جو عضلۂ قابضۃ الجفن اور عضلۂ ہدبیہ میں ہوتے ہیں مسترخی کر دیتی ہے اسی وجہ سے اس کے اثر سے حدقۂ عین منبسط بے حرکت ہو جاتا ہے اور آنکھ کی طاقت توفیق زائل ہو جاتی ہے۔ اس دوا کا اثر ۱۵ منٹ میں ظاہر ہو جاتا ہے اور بہت جلد اپنے نصف النہار پر پہنچ جاتا ہے۔ تیسرے دن سے اس کے اثر میں کمی شروع ہو جاتی ہے اور ایک ہفتہ سے لے کر ۱۰ دن تک اس کا اثر کلیتہً زائل ہو جاتا ہے۔ جب تک اس کا اثر باقی رہتا ہے اس وقت تک بینائی بھی خراب رہتی ہے۔ بینائی کی خرابی کا سبب کچھ تو حدقہ کا انبساط ہے اور زیادہ تر طاقت توفیق کا استرخا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ بینائی کی خرابی کا احساس پڑھنے لکھنے یا باریک قسم کے کام کاج کرنے میں زیادہ ہوتا ہے۔

نوزائیدہ بچوں میں ایٹروپین اچھی خوراک میں بھی حدقہ پر انبساطی اثر نہیں رکھتی ہے۔ جوانوں میں حدقۂ عین کا انبساط اس قدر ہوتا ہے کہ اس کا قطر ۵ء۷ ملی میٹر تک پہنچ جاتا ہے۔ حدقۂ عین کے انبساط میں ۶ سے ۹ ملی میٹر تک اختلاف ہوا کرتا ہے۔ چالیس سال کی عمر کے بعد حدقۂ عین کا انبساط بہت کم ہوتا ہے۔ ایٹروپین حدقۂ عین پر اس قدر موثر ہے کہ ایک گرام کا

دس لاکھواں حصہ بھی حدقہ کو منبسط کر دیتا ہے۔ اگر کسی مریض کی آنکھ میں ایٹروپین ڈالتے وقت معالج کی انگلی کا سرا ایٹروپین محلول سے تر ہو جائے اور پھر بے احتیاطی کی وجہ سے اسی انگلی سے وہ اپنی آنکھ کو چھوئے تو اتنا ہی محلول اس کی آنکھ کے حدقہ کو منبسط کرنے کے واسطے کافی ہے۔

بعض اوقات ایٹروپین کا محلول آنکھ میں ڈالنے یا سفوف کی صورت میں اس کو استعمال کرنے کے بعد سمی علامات کا ظہور ہوتا ہے۔ یعنی تکلیف دہ خشکی گلے میں معلوم ہوتی ہے۔ متلی کا احساس ہوتا ہے۔ چہرہ سرخ ہو جاتا ہے اور نبض تیز چلنے لگتی ہے۔ طبیعت میں انتشار اور رعشہ پیدا ہو جاتا ہے۔ اگر سمیت شدید ہو تو بیہوشی بھی طاری ہو جاتی ہے۔ نمایاں سمی علامات کے وقت دوسری آنکھ کا حدقہ بھی پھیل جاتا ہے۔ ایٹروپین کی سمی علامات کے مانند ان ادویہ کے استعمال سے بھی ایسی ہی علامتیں ظاہر ہوتی ہیں جن میں بلاڈونا کا جز موجود ہوتا ہے۔ بعض اوقات مالش کی اس قسم کی دواؤں اور پلاسٹر سے بھی ایسی علامتیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ شیر خوار بچے ایٹروپین کے اثر کو جلد قبول کرتے ہیں۔ اس لئے ان کی آنکھوں میں ایٹروپین کو نہ استعمال کرنا چاہئے خصوصاً ایسی صورت میں تو ان بچوں کی آنکھ میں ایٹروپین کا استعمال کسی طرح مناسب نہیں ہے جب کہ ہم کو یہ بھی معلوم ہے کہ اس سے خاطر خواہ اثر کا ظہور بھی نہیں ہوتا۔

بعض لوگ ایٹروپین کے اثرات کے متحمل نہیں ہوتے۔ اس کا ظہور مختلف طریقہ پر ہوتا ہے جس کو ہم ذیل میں بیان کرتے ہیں۔

(۱) سمی علامات کا ظہور ہوتا ہے۔ اس کے نہایت خفیف استعمال سے گلے میں خشکی اور متلی پیدا ہو جاتی ہے یہ حالت بہت دیر تک آنکھ میں ایٹروپین کے استعمال سے پیدا ہوتی ہے۔

(۲) خاص قسم کی نزلی کیفیت پیدا ہوتی ہے جو کہ ملتحمہ میں بشمار حویصلات کی صورت میں ظاہر ہوتی ہے۔ یہ اثر بھی عرصہ تک آنکھ میں ایٹروپین کے استعمال سے پیدا ہوتا ہے۔

(۳) بعض لوگوں کی آنکھوں میں ایٹروپین محلول کے ایک قطرہ کے استعمال سے اجفان کا ورم پیدا ہو جاتا ہے جو حمرا سے مشابہ ہوتا ہے۔

عنبیہ کے التہاب یا اس کی خراش کی صورت میں آنکھ کے اندر ایٹروپین کے ڈالنے سے ماؤف حصہ کو آرام پہنچتا ہے طاقت توفیق کے استرخار کے لئے بھی ایٹروپین استعمال کی جاتی ہے۔ اس مقصد کے لئے آنکھ کی طاقت انعطافی کے امتحان

کے وقت خاص طریقہ پر ڈالی جاتی ہے۔ عموماً ایٹروپین سلفیٹ کا محلول ایک فی صدی طاقت کا استعمال کیا جاتا ہے۔ لیکن جب اس کے بہت قوی عمل کی ضرورت ہو تو ایٹروپین کے سفوف کا چھوٹا سا ذرہ ملتحمہ میں رکھ دیا جاتا ہے یہاں یہ طوبت دمعی میں گھل کر محلول بن جاتا ہے۔ اس سے زیادہ طاقتور اس کا اثر اس وقت ہوتا ہے جب کہ اس کو کوکین کے ساتھ ملا کر محلول بنایا جائے۔ یعنی اس وقت قابض حدقہ عضلہ کے استرخار کے ساتھ باسط حدقہ عضلہ کا انقباض پیدا ہو جاتا ہے۔ اسی وجہ سے حدقہ بہت پھیل جاتا ہے۔ اپریشن کے لئے آنکھ میں تخدیر پیدا کرنے کے بعد اس کے اندر نہایت چھوٹا ذرہ ایٹروپین کا رکھ دیا جاتا ہے۔ ایٹروپین کے سفوف کے استعمال کے وقت اگر قناۃ دمعی کو بند کر لیا جائے یعنی اس وقت ناک کے اندر جانے والا آنسوؤں کا راستہ بند رکھا جائے تو سمی علامتیں پیدا نہیں ہوتیں۔ اس غرض سے ہم زیرین جفن کو مقلۂ عین سے کچھ دیر کے لئے ہٹا لیتے ہیں۔ ایسا کرنے سے رخسارے کے اوپر ہوتے ہوئے آنسو نیچے بہ جاتے ہیں۔ یا دوسرا طریقہ یہ ہے کہ کیس دمعی کو انگلیوں سے دبائے رکھتے ہیں۔ اگر مریض بچہ ہو تو اس کا سر کندھوں کی طرف جھکائے رکھیں تا کہ آنسو باہر نکل کر منہ کے اندر نہ چلے جائیں۔ اگر ایٹروپین کے استعمال سے شدید سمی علامات رونما ہوں تو جوہر افیون (مارفیا) کی زیر جلدی تلقیح تریاق کے طریقہ پر اس کو متعادل کرنے کے واسطے کرنا چاہئے۔

سن رسیدہ اشخاص کی آنکھوں میں ایٹروپین کو ہرگز نہ استعمال کریں اور جب کہ خزانہ مقدم طبعی حالت سے کم گہرا ہو تو خصوصیت کے ساتھ اس کے استعمال سے اجتناب کریں کیونکہ اس حالت میں عنبیہ کے انبساط سے زاویہ ترشیح کے بند ہونے پر زرق الماء کا خطرہ ہوتا ہے۔ اور اگر ان میں خدانخواستہ زرق الماء شروع ہو چکا ہو تو ظاہر ہے کہ ایسی حالت میں ان کی آنکھوں میں ایٹروپین کا استعمال بھول کر بھی نہ کرنا چاہئے بلکہ ہوم ایٹروپین۔ یوفتھلین۔ کوکین وغیرہ کسی کا استعمال بھی مناسب نہیں ہے۔

جن لوگوں میں ایٹروپین کا خراب اثر ظاہر ہوتا ہے یا جو لوگ اس کے متحمل نہیں ہو سکتے ان کی آنکھوں میں قطعاً اس کو استعمال نہ کیا جائے۔ ایسی صورت میں اس کو بالکل ترک کر کے کوئی دوسری دوا آنکھ میں ڈالیں۔ ایسے لوگوں کے لئے سب سے بہتر سکوپولامین ہائڈرو برومائڈ ہے اس کا محلول ½ یا ¼ فیصدی طاقت کا ہونا چاہئے۔ یہ دوا سمی ہوتی ہے اور ایٹروپین سے زیادہ طاقتور بھی ہوتی ہے۔ بعض ماہرین ایٹروپین یا ہوم ایٹروپین کے بجائے آنکھ کی طاقت انعطافی معلوم کرنے اور عینک تجویز کرنے کے لئے امتحان چشم کے واسطے ½ فیصدی طاقت والے محلول کی صورت میں

اس کو استعمال کرتے ہیں

چونکہ ایٹروپین کے ڈالنے سے ایک ہفتہ یا اس سے زائد عرصہ تک بینائی خراب رہتی ہے اس لئے جب تک اس کے استعمال کی اشد ضرورت نہ ہو ہرگز نہ استعمال کریں۔ اسی لئے جب ہم کو آنکھ کا امتحان صرف منظار عین سے کرنا مقصود ہوتا ہے تو اس کو ہم نہیں استعمال کرتے بلکہ اس کے بجائے ہوم ایٹروپین یا یوفتھلین کو اختیار کرتے ہیں۔ ایٹروپین کا استعمال جاری رکھنا بعض اوقات خطرناک نتائج ظاہر کرتا ہے۔ آج کل بھی بعض عمومی معالج اس کو آنکھ کے ہر مرض میں استعمال کرتے ہیں۔ لہٰذا اگر بعض آنکھوں میں زرق الماء جیسی خرابیاں پیدا ہوتی ہوں تو کچھ بعید از قیاس نہیں ہے ملتحمہ کے نزلی التہاب میں اس کا استعمال نہ صرف بیکار ہے بلکہ طاقت توفیق کا استرخا پیدا کرکے مریض کو بیجا تکلیف میں مبتلا کرنے والا ہے جن آنکھوں میں زرق الماء کی استعداد ہوتی ہے ان میں اس کو استعمال کرنے سے یہ زرق الماء پیدا کرکے ہمیشہ کے لئے مریض کو اندھا بنا دیتی ہے۔ مذکورہ خطرات کو مدنظر رکھتے ہوئے ہمیشہ اس کا خیال رکھیں ایٹروپین کو اس وقت تک ہرگز نہ استعمال کریں جب تک کہ اس کی اشد ضرورت محسوس نہ ہو۔ اور ضرورت کے باوجود بھی صرف اسی قدر اس کو استعمال کیا جائے جتنی کہ ضرورت ہو۔

ہوم ایٹروپین۔ اس کا محلول ۲ سے ۴ فیصدی طاقت تک کا استعمال کیا جاتا ہے۔ یہ طاقت توفیق کا استرخا پیدا کرتا ہے جس سے ہم مریض کی آنکھ کی طاقت انعطافی کا اندازہ کرسکتے ہیں۔ مذکورہ طاقت کا محلول اپنے عمل میں ایٹروپین کی طرح کام کرتا ہے۔ اس کو پیلوکارپین سے جلد متعادل بھی کرسکتے ہیں۔ لہٰذا جب اس کے پورے عمل کی ضرورت نہ ہو بلکہ صرف حدقۂ عینی کا انبساط مقصود ہو تاکہ منظار عینی کے ذریعہ معائنہ کیا جاسکے تو ½ یا ایک فی صدی طاقت کا اس کا محلول استعمال کریں۔ اس محلول کا اثر ۱۲ گھنٹے سے کم عرصہ تک رہتا ہے اور پیلوکارپین محلول کے ایک مرتبہ ڈالنے سے متعادل ہو جاتا ہے۔ اسی لئے جن آنکھوں میں زرق الماء کا شبہ ہوتا ہے ان میں اس کا زیادہ طاقت کا محلول نہیں استعمال کرتے

قرنیہ کی خراش اور اس کے اندر التہابی ترشحات کی صورت میں اس کا ۲ فیصدی طاقت کا محلول ڈالنا چاہئے۔ مشکوک التہاب عنبیہ میں تشخیص کے لئے اس کو ڈال سکتے ہیں اور ایک فیصدی طاقت کا محلول اس کا زرق الماء کی تشخیص کے لئے استعمال کرسکتے ہیں۔

علاوہ ازیں قطع عنبیہ کے لئے مناسب مقام کے انتخاب کے لئے بھی اس کو استعمال کر سکتے ہیں۔

یوفتیلین — اس کا ۲ فیصدی طاقت کا محلول تھوڑی دیر کے لئے انبساط حدقہ کی غرض سے استعمال کر سکتے ہیں اور یہ ایک فیصدی محلول پیلوکارپین سے متعادل ہو جاتا ہے۔ گویا کہ اس کا اثر ایک فی صدی والے ہوم ایٹروپین محلول سے مشابہ ہوتا ہے۔ اس کے ۵ فیصدی محلول کا اثر بہت زیادہ دیرپا ہوتا ہے۔ اور اس کو متعادل کرنے کے لئے پیلوکارپین کفایت نہیں کرتی۔

قابض حدقہ ادویہ

ایسرین (Eserin.) یا فیسوسٹگمین (Physosbigmin,) اس کا اثر ایٹروپین کے متضاد ہوتا ہے۔ کیونکہ اس کی وجہ سے عضلہ قابض حدقہ اور عضلہ ہدبیہ کا انقباض پیدا ہوتا ہے۔ جس سے حدقہ عینی اس قدر تنگ ہو جاتا ہے کہ آلپین کے سرے کے برابر نظر آتا ہے۔ اس وقت آنکھ کی بصارت اپنے نقطۂ قریبہ کے لئے زیادہ موزوں ہوتی ہے۔ یعنی آنکھ میں شدید قصر بصر لاحق ہو جاتا ہے مگر یہ قصر بصر عارضی ہوتا ہے۔ اس دوا کے اثر کے ماتحت توترعین کم ہو جاتا ہے۔ توترعین کی کمی ان آنکھوں میں خصوصیت کے ساتھ نمایاں ہوتی ہے جن میں یہ طبعی حالت سے زیادہ ہوتا ہے۔ پیلوکارپین (Pilocarpin.) کا اثر بھی ایسرین کے مشابہ ہوتا ہے مگر اس سے ضعیف ہوا کرتا ہے۔ قابض حدقہ ادویہ کا اثر باسط حدقہ ادویہ کے مقابلہ میں کم دیرپا اور کم طاقتور ہوتا ہے۔ اس لئے ایسرین یا پیلوکارپین سے منقبض حدقہ کی صورت میں ہم ایٹروپین ڈال کر حدقہ کو منبسط کر سکتے ہیں۔ مگر ایٹروپین سے منبسط حدقہ پیلوکارپین کے ڈالنے سے منقبض نہیں ہو سکتا۔

ایسرین سے عموماً سر اور آنکھوں میں شدید درد پیدا ہوتا ہے۔ اجفان کے اندر بھی تکلیف دہ تشنج رونما ہوتا ہے متلی اور قے بھی ہو سکتی ہے۔ یہ علامات سمی نہیں بلکہ حدقہ عین اور عضلہ ہدبیہ کے شدید انقباض کی وجہ سے ظاہر ہوتی ہیں اس انقباض کی وجہ سے اعصاب ہدبیہ میں کھنچاؤ پیدا ہوتا ہے مگر یہ خراب علامتیں اس وقت رونما نہیں ہوتیں جبکہ ایسرین کا محلول حدقہ عینی کو منقبض نہیں کرپاتا۔ ایسرین کا محلول اگر چند روز تک روشنی میں رکھا رہے تو سرخ ہو جاتا ہے اسی لئے اس کو سیاہ شیشیوں میں رکھنا ضروری ہے۔ اس کے رنگ کے بدل جانے سے اس کے اثرات میں کوئی فرق نہیں پیدا ہوتا۔

ایسرین اور پیلوکارپین کو ہم عنبیہ اور عضلۂ ہدبیہ کے استرخا میں خاص طریقہ پر استعمال کرتے ہیں۔ مگر اس کا اثر چونکہ عارضی یعنی بہت کم دیرپا ہوتا ہے اس لئے اس کا فائدہ اس وقت زیادہ ظاہر ہوتا ہے جب کہ استرخائی اثر غائب

ہو رہا ہو۔ یا یہ کسی دوسری دوا کے اثر کا نتیجہ ہو۔ مذکورہ بالا مقصد کے لئے اس کے محلول کو پوری طاقت کا استعمال کرنا چاہئے یعنی اس کی طاقت ½ سے ۱ فیصدی ہو۔ بعض حالتوں میں ایک فیصدی طاقت تک اور ہیلو کارپین کا محلول ایک سے ۲ فیصدی طاقت تک استعمال کیا جاتا ہے۔

ان ادویہ کا استعمال زرق الماٰئی حالتوں میں زیادہ مفید ہوتا ہے اور زرق الماٰئی صورتوں میں شدت مرض اور علاج کے نتائج کے مطابق اس کے محلول کی طاقت رکھی جاتی ہے۔

کوکین - حدقۂ عینی کو منبسط کر سکتی ہے۔ مگر فرق یہ ہے کہ ایٹروپین کی طرح عضلۂ قابض حدقہ کا استرخا نہیں پیدا کرتی صرف باسط حدقہ عضلہ کے انقباض سے اس کا یہ اثر ظاہر ہوتا ہے اس لئے اس کے ذریعہ حدقہ کا انبساط متوسط درجہ کا ہوتا ہے۔ اگر اس کا قوی محلول استعمال کیا جائے یا متعدد بار اس کو آنکھ میں ڈالا جائے تو اس کا اثر زیادہ ہو سکتا ہے۔ اس کے اثر کے ماتحت عنبیہ کا نوری ردعمل قائم رہتا ہے۔ اگر کسی ایسی آنکھ میں محلول ڈالا جائے جس کا حدقہ پہلے ایٹروپین سے منبسط ہو چکا ہو تو کسی قدر حدقی انبساط اور زیادہ بڑھ جاتا ہے۔ لہذا یہ خیال رکھیں کہ ان دونوں دواؤں کے متفقہ عمل سے حدقۂ عین سب سے زیادہ پھیل سکتا ہے۔ کوکین محلول سے طاقت توفیق کا استرخا ظہور میں نہیں آتا۔ مگر اس کا ضعیف استرخائی اثر طاقت توفیق پر ضرور ہوتا ہے۔ طبقہ عنبیہ پر اثر کرنے کے علاوہ ذیل کے اثرات کوکین محلول کے استعمال سے پیدا ہوتے ہیں۔

(۱) طبقہ ملتحمہ بہت زیادہ پھیکا ہو جاتا ہے۔

(۲) مریض کو آنکھ میں سردی اور خشکی کا احساس ہوتا ہے۔

(۳) فتحۃ العین زیادہ فراخ ہو جاتا ہے اور آنکھ کا جھپکنا کم ہو جاتا ہے۔

(۴) بعض اوقات آنکھ کا ڈھیلا کسی قدر آگے کو بڑھ آتا ہے اور تو ترعین کسی حد تک کم ہو جاتا ہے۔

(۵) اس کا سب سے زیادہ اہم اثر یہ ہے کہ اس کی وجہ سے سطحی انسجہ میں تخدیر پیدا ہو جاتی ہے۔

کوکین کے اثر کو صحیح طریقہ پر ہم اس وقت سمجھ سکتے ہیں جب کہ یہ جان لیں کہ اس کا اثر شرکی اعصاب پر محرک ہوتا ہے جس کی وجہ سے عروق منقبض ہو جاتے ہیں اور ملتحمہ کا رنگ پھیکا پڑ جاتا ہے شرکی اعصاب عضلہ غضروفی علیا اور سفلیہ کے اندر شاخیں پہونچاتے ہیں اور عضلہ باسط حدقہ کو بھی ان کی شاخیں پہونچتی ہیں اسی وجہ سے فتحۃ العین کی فراخی اور حدقۂ عین کا انبساط رونما ہوتا ہے سطحی تخدیر کا کوئی تعلق شرکیہ اعصاب سے نہیں ہوتا بلکہ یہ تخدیر اعصاب حسیہ کے استرخا کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔

کوکین کا محلول دو سے چار فی صدی طاقت کا استعمال کیا جاتا ہے مذکورہ مقاصد کے لئے کوکین ہائیڈرو کلورائڈ اختیار کی جاتی ہے۔ کوکین محلول کا استعمال ذیل کی حالتوں میں کیا جاتا ہے۔

(۱) مشکوک زرق الماء یا دوسری ایسی حالتوں میں جن میں قابض حدقہ ایسی دوا استعمال کرنے سے خطرہ ہوتا ہے جس کو ایسرین متعادل نہ کر سکے ان میں حدقۂ عین کے عارضی انبساط کے لئے کوکین محلول استعمال کیا جاتا ہے۔

(۲) ایٹروپین یا ہوم ایٹروپین کے عمل کے بڑھانے کے لئے۔

(۳) ملتہب آنکھ کے احتقان کو کم کرنے کیلئے تاکہ اس کے بعد باسط حدقہ یا قابض حدقہ دوا استعمال کرنے پر آسانی جذب ہو سکے۔

(۴) خون سے پر غشاء کو سکوڑنے کے لئے مثلاً قناۃ دمعی۔ تاکہ اس کے اندر کا سوراخ اور واضح ہو جائے نمبر ۳ و ۴ عمل) میں اس کے بجائے ایڈرینالین استعمال کی جائے یا اس کو کوکین کے ساتھ ملا کر استعمال کریں۔

(۵) تمرکی اعصاب کے استرخار کی تشخیص کے لئے۔ (۶) تخدیر پیدا کرنے کے لئے۔

اگر کوکین کا محلول متعدد مرتبہ ملتحمہ پر ڈالا جائے تو چند منٹ میں قرنیہ اور ملتحمہ دونوں بے حس ہو جاتے ہیں۔ مگر عنبیہ کی حس پندرہ منٹ تک زائل نہیں ہوتی۔ اور ۵ امنٹ میں بھی مکمل تخدیر عنبیہ میں نہیں پیدا ہوتی۔ اس کا یہ اثر ۱۰ منٹ یا کچھ زائد عرصہ تک قائم رہتا ہے۔ کوکین کا محلول ایسے اعمال میں استعمال کیا جاتا ہے جن میں مقلۂ عین میں درد ہوتا ہے۔ جیسا کہ جسم غریب کے نکالنے یا آپریشن کرنے میں ہوا کرتا ہے۔ اپریشن کے لئے نہ صرف ملتحمہ میں اس کا ٹپکانا مناسب ہے بلکہ انسجہ کے اندر اس کی تلقیح کی جا سکتی ہے۔ مگر موخر الذکر طریقہ بعض اوقات مخدوش ثابت ہوتا ہے۔ بجلی کے ذریعہ بھی اس کو اندر جذب کرا سکتے ہیں۔ اس کے ڈالنے سے چوند کم ہو جاتی ہے۔ اور انقباض جفنی میں بھی کمی پیدا ہوتی ہے۔ اسی وجہ سے آنکھ کے امتحان میں اس کے ڈالنے کے بعد آسانی پیدا ہو جاتی ہے۔ آنکھ کے دردناک التہابوں میں اس کے ڈالنے سے درد کم ہو جاتا ہے مگر چونکہ اس کا تخدیری اثر صرف سطحی انسجہ پر ہوتا ہے اس لئے صرف قرنوی التہاب میں درد سے افاقہ ہوتا ہے مگر زرق الماء یا التہاب عنبی و ہدبی میں اس سے کچھ فائدہ نہیں پہنچتا۔ اس مقام پر یہ بھی بتا دینا ضروری ہے کہ قرنوی التہاب کی صورت میں یہ نقصان دہ بھی ثابت ہو سکتی ہے۔ اگر آپریشن سے پہلے ہم متعدد بار اس کو آنکھ میں ڈالیں تو معلوم ہوگا کہ قرنوی بشرہ سحابی کیفیت اختیار کر لیتا ہے۔ اور بعض اوقات جابجا الگ بھی ہو جاتا ہے۔ اس کی دو وجہیں ہیں (۱) بلا واسطہ کوکین کا برا اثر خلیات بشریہ پر ہوتا ہے (۲) قرنیہ کی سطح کا خشک ہو جانا جو قرنیہ کے بے حس ہو جانے کی وجہ سے اور اس کے اوپر

اجفان کے کم جھپکنے کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اس لئے زیادہ دیر تک کوکین کا ڈالنا مناسب نہیں۔ اور اسی لئے جب اس کو آنکھ میں ڈال رہے ہوں تو آنکھ کو بند رکھیں۔ ایسا کرنے سے کوکین کی وجہ سے قرنیہ کے اوپر سحابی کیفیت بھی نہ پیدا ہوگی اگر کسی مریض کو کوکین محلول آنکھ میں ڈالنے کے واسطے دیا جائے تاکہ وہ اس کو ڈال لیا کرے تو یقیناً مریض لاعلمی کی وجہ سے اس کو بہت زیادہ استعمال کرتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اس کے مضر اثرات قرنوی بشرہ پر نمایاں ہو جاتے ہیں اور یہ بھی ممکن ہے کہ قرنوی التہاب پر بھی اس کا برا اثر پڑے۔ ایسے مریضوں کے لئے ہالوکین محلول یا اس کا مرہم استعمال کرنا زیادہ مناسب ہوتا ہے۔ ڈایونین یا اکوائن۔ مذکورہ دونوں دواؤں سے بہتر ہے۔

کوکین کے اثر کے ماتحت انبساط حدقہ کا جو اثر رونما ہوتا ہے وہ چند گھنٹے تک رہا کرتا ہے۔ اس کی وجہ سے بینائی میں جو نقص پیدا ہو جاتا ہے اس سے مریض گھبراتا ہے۔ انبساط حدقہ اور بینائی کی خرابی دونوں ایک قطرہ پیلو کارپین محلول کے ڈالنے سے زائل ہو جاتے ہیں۔ بینائی میں نقص کچھ تو آنکھ کی خشکی کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ کیونکہ خشکی کی وجہ سے قرنیہ کی سطح کسی قدر ناہموار ہو جاتی ہے۔ اس حالت کا ازالہ نہایت آسان ہے۔ اگر مریض کچھ کچھ دیر کے بعد تر رکھنے کے لئے آنکھ بند کرتا ہے، تو یہ خشکی زائل ہو جاتی ہے۔

دیگر مقامی مخدر ادویہ۔ ان میں سب سے زیادہ ضروری ذیل کی دوائیں ہیں۔

ہالوکین (Holocain.) **فینا کین** (Phenacain) کوکین سے زیادہ سمی ہوتی ہے۔ اس کا مضر اثر قرنیہ پر نہیں ہوتا۔ اور اس سے عروق دموی بھی منقبض نہیں ہوتے مگر ان میں احتقان پیدا کرتی ہے۔ حدقی انبساط بہت خفیف ہوتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا۔ اس کا ایک فیصدی طاقت والا محلول استعمال کرنے سے اس کا مخدر اثر نمایاں ہوتا ہے۔ اس کو ہم اس وقت استعمال کرتے ہیں جب کہ ہمارا مقصود یہ ہوتا ہے کہ حدقہ پر انبساطی اثر بالکل نہ ہو اور اس کا اثر توترعین پر پڑے۔ اسی وجہ سے ہالوکین محلول کا استعمال توترعین کی پیمائش کے سلسلے میں اور زرقی الماء کے جراحی عمل کے وقت ضروری ہوتا ہے۔ غریب اجسام کو نکالنے کیلئے بھی اسکو استعمال کرتے ہیں۔ اسکے علاوہ تخدیر کیلئے ذیل کی دوائیں استعمال کرتے ہیں

پروکین (Procain) یا **نووکین** (Novocain,) کا عمل کوکین محلول کی طرح ہوتا ہے مگر اس سے کمزور۔ اس کی سمیت بھی کوکین سے کم ہوتی ہے۔ اس کا ۲ فیصدی طاقت والا محلول نہایت عمدہ مخدر ہے جس کو انسجہ کے اندر تلقیح کے ذریعہ استعمال کیا جاتا ہے۔ اس کے محلول میں ایڈرینالین ملا کر فناہ دمعی کو اندر سے دھوتے ہیں

یا آنکھ کو نکالنے کے واسطے اس کے محلول سے آنکھ کو مخدر کریں

ٹروپوکین (Tropo cain) اور **سٹووین** (Stovain) اس کا انبساطی اثر حدقہ پر کوکین سے کم ہوتا ہے
ٹروپوکین کے استعمال سے ملتحمی عروق میں کوئی تبدیلی پیدا نہیں ہوتی مگر سٹووین ان کو کسی قدر پھیلا دیتی ہے۔

ایوکین (Eucain) کا محلول ۱ سے ۳ فیصدی طاقت تک استعمال کیا جاتا ہے۔ **ایلی پین** (Alypin)
دو سے چار فیصدی تک محلول کی صورت میں یا زیر ملتحمہ ایک فیصدی اس کا محلول مستعمل ہے۔ ایلی پین کا سمی اثر کوکین کے برابر ہوتا ہے۔
— **ایکوائن** کا اثر عروق یا حدقہ پر بالکل نہیں ہوتا۔ یہ دوا ان محلولات میں ملا کر استعمال کی جاتی ہے۔ جو زیر ملتحمہ استعمال
کئے جاتے ہیں۔ (Acoin) مگر پروکین اس مقصد کے لئے ایکوائن سے زیادہ بہتر ہے۔ قرنوی خراش والے درد میں اگر ۱ فیصدی
ایکوائن کسٹرائل میں ملا کر استعمال کی جائے تو چند گھنٹوں میں آرام حاصل ہو جاتا ہے۔ خصوصیت کے ساتھ یہ دوا اس صورت
میں زیادہ مفید اور مناسب ہوتی ہے جب قرنیہ سے غریب اجسام کو نکال دینے کے بعد وہ جگہ برہنہ ہو اور تکلیف ہو رہی ہے۔

گلاب کا تیل جو عرصہ سے آنکھ کے محلولات میں ملا کر عرق گلاب کی صورت سے استعمال کیا جاتا ہے۔ اس کا تخدیری
اثر تقریباً کوکین کے برابر ہوتا ہے۔ بشرطیکہ یہ تیل کی صورت میں ملتحمہ پر لگایا جائے اور کوکین سے اس کا اثر بہتر ہوتا ہے
بشرطیکہ اندرون جلد اس کی تلقیح کی جائے۔ یہ کوکین سے بہت کم سمی ہوتا ہے۔ بنزل کاربی نال Benzoyl carbinol
اس سے بھی زیادہ موثر ہے مگر اس سے سمیت میں بھی کسی قدر زیادہ ہے۔ بعینہٖ یہی اثر سیلی جنین کا بھی ہوتا ہے۔

بیوٹین (Butyn,) کا ۲ فیصدی محلول کوکین کے ۴ فیصدی محلول سے زیادہ موثر ہوتا ہے
کوکین کے مانند اس کی سمیت ہوتی ہے۔ اس کا کوئی اثر قرنیہ اور حدقہ عین پر نہیں ہوتا۔ ½ سے لے کر ایک فیصدی
محلول زیر ملتحمہ تلقیح کے لئے استعمال کیا جاتا ہے۔ مگر اس مقصد کے لئے اس سے زیادہ بہتر پروکین سمجھی جاتی ہے۔

ایڈرینالین (Adrenalin,) پیرانفرین (Paranephrin,) سپرا رے نین (Suprarenin)
اپی نفرین (Epinephrin) یہ تمام نام کلاہ گردہ کے خلاصہ کے ہیں۔ ٹونوجن (Tonogen,) اور
اپی نین (Epinin,) یہ دونوں مصنوعی خلاصہ گردہ ہیں۔ یہ تمام دوائیں غیر مخطط عضلی الیاف
میں انقباض پیدا کرتی ہیں۔ یعنی ان سے عروق منقبض ہوتے ہیں۔ اگر ان دواؤں میں سے کوئی ایک بھی
بہت زیادہ سرخ آنکھ میں ڈالی جائے تو سرخ آنکھ چند ثانیہ میں بالکل پھیکی پڑ جاتی ہے۔ یعنی اس کی سرخی جاتی رہتی ہے

ہوجاتی ہے اور پھر اسی حالت میں ایک گھنٹہ یا اس سے زائد وقت تک باقی رہتی ہے مگر ملتحمہ کے بڑے عروق اور صلبیہ کے غائر عروق پر اس کا کوئی اثر نہیں ہوتا۔ لہٰذا اس کو ہم ملتحمہ کے غائر اور سطحی احتقان کے پہچاننے کے لئے ملتحمہ میں ڈالتے ہیں مشکوک التہاب عنبیہ کے علاوہ مختلف اقسام کے ملتحمی اورام کو بھی اس کے ذریعہ تمیز کر سکتے ہیں۔ کیونکہ اس کے ڈالنے سے احتقان دموی کی وجہ سے پیدا ہونے والا ورم کم ہو جاتا ہے۔ مگر جو اورام ارتشاحی رطوبات کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں ان پر اس کا کچھ اثر نہیں ہوتا۔ آنکھ کے التہاب میں اس کا استعمال اس لئے بھی مناسب نہیں ہے کہ اس کا اثر بالکل عارضی ہوتا ہے۔ لہٰذا ہم صرف ان حالتوں میں اس کو استعمال کر سکتے ہیں جن میں عارضی طور پر عروق کا انقباض مقصود ہو تاکہ نزف الدم کم ہو جائے۔ مثلاً جب ملتہب آنکھ کا آپریشن کرنا ہو تو ایڈرینالین کی وجہ سے کوکین کا اثر زیادہ ہو سکتا ہے۔ اور آپریشن کے دوران میں نزف الدم میں بہت کمی ہو جاتی ہے۔ آپریشن کرتے وقت اگر نزف الدم بہت زیادہ ہو تو مقام ماؤف پر اس کے ڈالنے سے نزف الدم بند ہو جاتا ہے۔ اس مقصد کے لئے ہم فی مکعب سنٹی میٹر اس کے دو یا تین قطرے مخدر محلول میں ملا دیتے ہیں اور پھر اس محلول کو زیر جلد یا زیر ملتحمہ تلقیح کر دیتے ہیں۔ قناۃ دمعی کے اندر کا ورم تحلیل کرنے کے واسطے بھی اس کا محلول استعمال کیا جاتا ہے۔ قناۃ دمعی کے ورم کی تحلیل کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ اس کا سوراخ کھل جائے۔ بعض اوقات اس کا انبساطی اثر منبسط حدقہ عینی پر محرک ہوتا ہے جس کی وجہ سے انبساط حدقہ اور بڑھ جاتا ہے۔ یہ حالت زرق المائی آنکھ میں خاص طور پر پائی جاتی ہے۔ اسی طرح جن آنکھوں میں زرق الماء کی استعداد ہوتی ہے ان میں قاعدہ کے خلاف باسط حدقہ ادویہ نقصان دہ ہوتی ہیں اور ان کی وجہ سے توتر عینی بڑھ جاتا ہے یہی وجہ ہے کہ یہ دوا مشکوک زرق المائی حالت کی تشخیص متعین کرنے کے لئے بھی استعمال کی جاتی ہے۔ اور زرق الماء کے پیدا ہوتے وقت آنکھ کا معائنہ کرنے کے واسطے انبساط حدقہ کی غرض سے بھی مستعمل ہوتی ہے۔

ڈایونین (Dionin) ایتھل مارفین ہائڈروکلورائڈ (Ethyl morphine hydrochloride,) اگر سفوف کی صورت میں یا ۵ فیصدی والا اس کا محلول آنکھ میں ڈالا جائے تو پہلے آنکھ میں سوزش محسوس ہوتی ہے اور چند منٹ کے بعد ملتحمہ میں تہیج پیدا ہو جاتا ہے جو بڑھ کر ورم کی صورت اختیار کر سکتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی اجفان پر بھی ورم ہوتا ہے اور چھینکیں آتی ہیں۔ بعض ماہرین کا خیال ہے کہ پہلے ۲½ فیصدی طاقت والا محلول آنکھ میں ڈالنا شروع کریں اس کے بعد رفتہ رفتہ اس کی طاقت کو بڑھا کر ۱۰ فیصدی تک لے جائیں۔ تہیج چند گھنٹوں میں غائب ہو جاتا ہے۔ ملتحمی احتقان دموی کی وجہ

سے نسیجوں کے اندر خون سے قدرتی محافظ اجزاء آجاتے ہیں۔ اور وہ آنکھ کے اندر پہونچتے ہیں۔ علاوہ ازیں آنکھ کے اندر زائد خون پہنچ جانے کی وجہ سے وہاں کے دوران خون میں کچھ فرق پیدا ہو جاتا ہے۔ اس لئے ہم ڈایونین کے عمل کو انجذاب بڑھانے والا عمل تصور کرتے ہیں۔ قطع نظر مذکورہ باتوں کے اس دوا کا استعمال قرنوی سحابی حالت کی تحلیل کے لئے بھی کیا جاتا ہے۔ التہاب صلبیہ۔ التہاب ہدبیہ وعنبیہ میں اس کے استعمال سے درد کم ہو جاتا ہے اور آنکھ کی سُرخی آہستہ آہستہ زائل ہو جاتی ہے۔ یہ دوا چوند کی زیادتی کو کم کر دیتی ہے۔ بثری التہاب ملتحمہ۔ خلّی التہاب قرنیہ اپنی جگہ سے شبکیہ کے اکھڑ جانے اور آنکھ کی غائر انسجہ کے عوارض میں اس دوا کو زیر ملتحمی تلقیح کے طریقہ پر استعمال کرتے ہیں۔ اس کے متعدد بار استعمال کرنے سے ہر مرتبہ تہیج کے پیدا ہونے میں کچھ نہ کچھ کمی ہوتی جاتی ہے مگر دوا کا علاجی فائدہ بھی کم ہوتا جاتا ہے۔ بعد میں سوزش تو محسوس ہوتی ہے مگر مرض پر دوا کا کچھ اثر نہیں ہوتا۔ بعض لوگوں کا خیال ہے کہ اس سے توتر عین بڑھ جاتا ہے مگر حدقہ کا انبساطی عمل رونما نہیں ہوتا۔ لہٰذا ایسے مشکوک مریضوں میں اس کو کسی قابض حدقہ دوا کے ساتھ ملا کر استعمال کرنا چاہئے۔

طبعی نمکین سیال سے زیادہ طاقتور مختلف ادویہ کے محلول۔ یہ محلولات آنکھ کے دھونے کے لئے استعمال کئے جاتے ہیں۔ مغسل چشم (آنکھ کو دھونے والا آلہ) کے ذریعہ ان محلولات کو ہر دو یا تین گھنٹہ کے بعد ۵ منٹ تک آنکھ کے دھونے میں استعمال کرنا چاہئے۔ احتقانی رقبوں اور ملتہب ساختوں سے ترشحات کو باہر نکالنے کے لئے بھی ان کو استعمال کیا جاتا ہے۔ خصوصیت کے ساتھ یہ اُن حالتوں میں مستعمل ہوتے ہیں جن میں کہ ورم ملتحمہ بہت زیادہ ہو جیسا کہ قرنوی اور سوزاکی قروح میں ہوتا ہے۔ ان نمکیات کے محلولات میں سے مگنیشیا سلفیٹ کا محلول ۸ فیصدی طاقت سے لے کر مشبع محلول تک استعمال کیا جاتا ہے۔

زیر ملتحمہ تلقیحات۔ موثر سیال کی زیر جلدی تلقیح سے دو قسم کا فائدہ پہونچتا ہے۔ اس کی تلقیح سے انسجہ میں خراش پیدا ہوتی ہے اور انجذابی حالات میں تغیر ہوتا ہے۔ انسجہ کی خراش کا احساس درد سے ہوتا ہے۔ اور مقام تلقیح پر سرخی پیدا ہو جاتی ہے۔ علاوہ اس کے دوا کا یہ بھی نتیجہ ہوتا ہے کہ خون سے محافظ اجزاء انسجہ کے اندر ارتشاحی عمل کے ماتحت زیادہ پہونچ جاتے ہیں۔ اسی ارتشاحی عمل پر تلقیح کا شفائی اثر منحصر ہے۔ قروح قرنیہ میں اور قرنیہ کی سحابی کیفیت میں خصوصیت کے ساتھ اسی عمل پر شفا کا انحصار ہوتا ہے۔ تلقیح کے بعد انجذابی تغیرات اس لئے رونما ہوتے ہیں کہ ملتحمہ کے نیچے نمک پہونچ

جاتا ہے۔ جس کی مقدار محلول میں ۵ فیصدی ہوتی ہے اور حل شدہ طاقت زجاجیہ کے سیال کے نمکیات کی طاقت سے مختلف ہوتی ہے۔ اس ابتدائی طاقت کا اختلاف ان دونوں رطوبتوں کے درمیان حائل اغشیہ حیوانی (مشیمیہ، شبکیہ، صلبیہ) میں سے گذر کر ان میں تعادل پیدا کرتا ہے۔ اس سے اتصال میں خاص تحریک ہوتی ہے۔ جس کی وجہ سے شبکیہ کے اکھڑے ہونے کی حالت میں تحت شبکیہ رطوبت کا انجذاب ممکن ہو جاتا ہے۔ اور جو ارتشاح اندرونی غشاؤں میں ہو وہ جذب ہو سکتا ہے اسی طرح نزفی خون اور زجاجی غیر شفاف مادہ کا انجذاب بھی ممکن ہوتا ہے۔ ان محلولات کی تلقیح آنکھ میں تخدیر پیدا کرنے کے بعد زیر ملتحمی پچکاری کے ذریعہ کی جاتی ہے۔ قرنوی امراض میں یہ تلقیح ملتحمہ کے مقدم حصہ میں کی جاتی ہے۔ حلبی اور قرنوی حاجز اتصال کے بہت زیادہ نزدیک تلقیح کرنا مناسب نہیں ہے۔ آنکھ کے موخر حصے کے امراض میں ان کی تلقیح غلاف ٹینان میں کی جاتی ہے مگر بہت زیادہ پیچھے مناسب نہیں ہوتی۔ تلقیح کے بعد جو سرخی اور احتقان پیدا ہوتا ہے وہ ایک دو روز میں غائب ہو جاتا ہے۔ اس لئے یہ تلقیحات ایک دن یا ایک دن سے زیادہ وقفہ سے ہم کر سکتے ہیں۔ بہت زیادہ تلقیحات کرنے کے بعد خصوصاً جب کہ "ایکوائین" بھی ان تلقیحی محلولات میں شامل کی گئی ہو تو ملتحمہ اور صلبیہ کے درمیان التصاقات پیدا ہو جاتے ہیں اور یہ التصاقات رفتہ رفتہ مستحکم ہو جاتے ہیں۔

جو دوائیں ان تلقیحات میں سب سے زیادہ استعمال کی جاتی ہیں ان کو ذیل میں درج کیا جاتا ہے۔

(۱) طبعی نمکین سیال ۵ سے ۱۰ فیصدی تک (۲) مرکزی سایانائیڈ کا محلول ۵۰۰۰ میں ایک سے لے کر ۱۰۰۰ میں ایک کی طاقت تک (۳) ڈایونین ½ سے ۵ فیصدی طاقت تک محلول کی صورت میں (۴) شکر کا ۵ فیصدی طاقت والا محلول۔ اگر ہمارا یہ مقصد ہو کہ تلقیح میں درد کم ہو تو ۲ فیصدی نووکین اس تلقیحی محلول میں ملائیں۔

قرنوی قروح جن میں مخرش اثرات پیدا کرنے کی ضرورت ہوتی ہے بہتر ہے کہ اُن کے واسطے سیمابی محلول کی تلقیحات استعمال کی جائیں اور غائر انسجہ کے امراض میں نمک کے محلولات اختیار کئے جائیں۔ تاکہ انجذابی تبدیلیوں کی وجہ سے فائدہ مترتب ہو۔

تلقیحات میں درد بہت کم ہوتا ہے اور بظاہر مفید ثابت ہوتی ہیں۔ اُن میں سے نمکین سیال کی تلقیح ۱۰ فی صدی (۴ ½ گرین فی اونس) کی جاتی ہے۔ آنکھ کی التہابی حالتوں میں مریض بخوبی ان تلقیحات کا متحمل نہیں ہوتا یہ بھی خیال رہے کہ ان تلقیحات سے تو تر عین بڑھ جاتا ہے۔ اس لئے جب زرق الماء کا شک ہو تو تلقیحات کو ہرگز نہ استعمال کیا جائے۔

سٹرکنین ہائیڈرو کلورائیڈ۔ یا جوہر کچلہ۔ عصب باصرہ پر اس کا اثر محرک ہوتا ہے طبعی آنکھ میں بھی خفیف مگر عارضی طور پر بینائی میں تیزی پیدا کرتا ہے۔ میدان بصر اس سے وسیع ہو جاتا ہے۔ علاج کے طریقہ پر ۲ ملی گرام روزانہ بطور تلقیح کے استعمال کر سکتے ہیں۔ تلقیح کے واسطے زیادہ مناسب مقام صدغین پر زیر جلدی جگہ ہے۔ عصب بصری کے خطرناک عوارض مثلاً بڑھتے ہوئے ضمور میں اس کے انجکشن سے بینائی میں فرق پیدا ہو جاتا ہے اور میدان بصر خاص طور پر بڑھ جاتا ہے۔ مگر یہ تغیرات مستقل نہیں ہوتے۔

بینائی کی وہ خرابیاں جن میں منظار عین کے ذریعہ معائنہ کرنے پر کسی خاص تبدیلی کا پتہ نہیں چلتا ان میں اسٹرکنین کی تلقیحات سے خاص فائدہ پہنچتا ہے۔ اختناقی اور ضعف بصری حالتوں میں زیادہ خصوصیت کے ساتھ فائدہ ہوتا ہے مگر ان حالتوں میں عام طور پر یوں بھی انذار مرض اچھا ہوا کرتا ہے۔

اسباب مرض کا تدارک۔ ہر مرض میں سبب مرض کے مطابق عرضی علاج کیا جاتا ہے۔ اس لئے اس کے علاج کی نوعیت متعدی امراض کے اعتبار سے بہت زیادہ مختلف ہو سکتی ہے۔ جراثیمی حملہ کے خلاف ہم مقامی اور عمومی ان ہی دونوں علاج کے ذریعہ جنگ و جدل کر سکتے ہیں۔ مقامی علاج میں دافع تعفن غسولات استعمال کئے جاتے ہیں۔ ان غسولات سے سطحی جراثیم ہلاک ہو جاتے ہیں یا وہ غیر موثر ہو جاتے ہیں۔ مطہر کرنے والے غسولات سے مقام ماؤف کی سطح جراثیم سے پاک ہو جاتی ہے اور کاوی ادویہ کے استعمال سے انسجہ کا ماؤف حصہ معہ جراثیم کے ضائع ہو جاتا ہے ان ادویہ کا استعمال آنکھ میں صرف سطحی عدوی کی حالت میں ممکن ہوتا ہے جیسا کہ ملتحمہ۔ قرنیہ اور بسا اوقات خزانہ مقدم کے علاج میں ان کو استعمال کیا جاتا ہے۔

دافع عفونت۔ محلولات جن کو آنکھ میں استعمال کیا جاتا ہے ان میں سے زنک سلفیٹ کا محلول موریکس اکسن فیلڈ کے عصار کے لئے قاتل ثابت ہوتا ہے۔ سلور نائی ٹریٹ (Silver nitrate,) اور چاندی کے دوسرے مرکبات مختلف جراثیم خصوصاً سوزاکی کرویات پر بھی اثر رکھتے ہیں (اپٹوچین (Optochin,) نیمونیائی کرویات کے لئے سم قاتل کا حکم رکھتی ہے۔ محلول ہائی پوکلورائٹ یا کلورامین کا محلول اور سیمابی محلول (سیمابی محلول ۳۰۰۰ میں ایک کی طاقت کا استعمال کیا جاتا ہے) سطح کے نیچے کے جراثیم پر کچھ اثر نہیں کرتا اور نہ کسی پوشیدہ جگہ پر پڑے ہوئے جراثیم اس سے متاثر ہوتے ہیں۔ یہ صرف ان جراثیم کو غیر موثر کر دیتا ہے جو ملتحمہ کے اندر آزادانہ موجود ہوتے ہیں۔ اسی لئے اس کو آپریشن سے

پہلے استعمال کرتے ہیں۔ جرحی عمل کے وقت تک ملتحمہ کو یہ بالکل مطہر رکھتا ہے۔ یعنی اس وقت تک اس کی وجہ سے ملتحمہ کے اندر سے زخم کو عدوی نہیں پہونچ سکتا۔ کولارگول ایک فیصدی طاقت والے مرہم کی صورت میں بھی یہی اثر رکھتا ہے مطہر طبعی نمکین سیال اور بورک محلول اور آکیرول یہ مطہر کرنے والے محلول ہیں۔ دافع عفونت اثر بھی رکھتے ہیں اور ملتحمہ کے زاویوں اور کونوں میں نیز قناۃ دمعی میں پہونچ کر مسلسل اپنا عمل کرتے ہیں۔ اسی وجہ سے یہ زیادہ مفید ثابت ہوتے ہیں۔

کاوی ادویہ اس وقت استعمال کی جاتی ہیں جب کہ کسی سطحی مقام مثلاً قرنیہ یا ملتحمہ پر جراثیم مجتمع ہوں مگر شرط یہ ہے کہ جراثیم بہت زیادہ رقبے میں پھیلے ہوئے نہ ہوں ورنہ اس کے استعمال سے انسجہ کا زیادہ حصہ برباد ہو جائے گا۔ ان ادویہ کا استعمال صرف اس مقام تک محدود ہونا چاہئے جہاں تک کہ انسجہ کا حصہ ماؤف ہو۔ کیونکہ قرنوی حصہ میں ہر مربع ملی میٹر کا حصہ آنکھ کی بینائی کے لئے نہایت ضروری اور بیش قیمت ہے۔ اس لئے سیال کاوی ادویہ یا جلد ذوبان پیدا کرنے والی دواؤں کا استعمال ہر حالت میں نامناسب ہے۔ کیونکہ چاروں طرف بہ کر یہ دوسرے حصص کو بھی خراب کر دیتی ہیں۔ خالص کاربولک ایسڈ اور نائٹرک ایسڈ کے عمل کو ہم محدود رکھ سکتے ہیں۔ اسی لئے ان ہی دونوں دواؤں کو قرنوی صدیدی عوارض کے روکنے میں استعمال کرتے ہیں حقیقتاً ان دونوں دواؤں سے بھی زیادہ بہتر اور کارآمد مکواۃ حدیدیا مکواۃ کہربائی ہے۔ اس کا استعمال قرحہ ساعیہ میں خاص طریقہ پر مفید ہوتا ہے اور دوسرے قرنوی قروح میں جو تیزی کے ساتھ پھیل رہے ہوں ان میں بھی فائدہ پہنچاتا ہے

کمزور کاوی ادویہ میں سے توتیا ہے جس کی پتلی نوک دار قلم بنا کر قرنوی الیاف شجری میں لگانا مفید ہے۔ دوسری دوا ٹنکچر آف آیوڈین ہے۔ اس کو ہم قرحہ کے فرش پر پتلی پھریری کے ذریعہ لگاتے ہیں۔ مگر اس کے لگانے سے پہلے نکروزی ساختوں کو کھرچ دینا چاہئے۔

اگر کاوی ادویہ مناسب نہ ہوں تو قدرتی قوت مدافعت کو طاقتور کرنے کی کوشش کرنا چاہئے تاکہ وہ خود جراثیم کے خلاف جنگ وجدل کر سکے۔ اس مقصد کے لئے گرم تکمیدات اور قرنوی قروح میں سوراخ کر دینا زیادہ مناسب ہے کیونکہ ایسا کرنے سے خون کے محافظ اجزاء قرنیہ کے انسجہ میں پہونچتے ہیں۔

مقامی علاج کے عنوان کے ماتحت یہ تدبیر بھی آجاتی ہے کہ آنکھ سے دور کے مقامات کے مراکز عدوی کو جسم سے علحدہ کیا جائے۔ بشرطیکہ یہ مراکز آنکھ کے امراض پیدا کرنے میں دخیل ہو رہے ہوں۔ زیادہ تر یہ مراکز۔

دانتوں - لوزتین - انفی ملحقہ تجاویف - نیز امعار میں پائے جاتے ہیں - ان کی وجہ سے آنکھ کے بیشمار امراض مثلاً التہاب قرنیہ - التہاب عنبیہ - التہاب طریق مشیمی - عصب باصرہ کے امراض طاقت توفیق کی کمزوری اور ضعف بصارت وغیرہ لاحق ہوتے ہیں - مگر جب عدوی ان مراکز سے پھیل کر عمومی حیثیت اختیار کر لیتا ہے تو اس وقت اس کا تدارک بھی کارگر نہیں ہوتا ایسی حالت میں مقامی مرکز کو علیحدہ کرنے کے بعد ذاتی ویکسین تیار کر کے اس سے علاج میں مدد لینا چاہیے -

عمومی علاج - عمومی علاج کا مقصد یہ ہے کہ مقامی علاج کا اثر زیادہ قوی ہو جائے - جب جراثیمی مرکز کا پتہ نہ چلے اس وقت عمومی علاج بہترین طریقۂ علاج ہے - اس کے علاوہ جو دوائیں مختلف متعدی امراض میں استعمال کی جاتی ہیں - مثلاً آیوڈین - پارہ کے مرکبات اور پسینہ لانے والی دوائیں - یہ سب ایسی ہیں کہ جو بعض جراثیم کے لئے مخصوص ہوتی ہیں - ان کا عمل اس طریقہ پر ہوتا ہے کہ کسی ایک قسم کے جراثیم سے عدوی ہونے کے بعد جب صحت ہو جاتی ہے تو جسم اسی قسم کے دوسرے جراثیمی حملوں سے مصئون و مامون رہتا ہے کیونکہ پہلے عمل کے ذریعے جسم ان جراثیم کے خلاف عمل کرنے والے تریاقی اجزا اپنے اندر تیار کر لیتا ہے - ان تریاقی اجزا سے یا تو جراثیم ہلاک ہو جاتے ہیں یا ان کی سمیت متعادل ہو جاتی ہے - ایسی مناعت ہم مصنوعی طریقہ پر بھی پیدا کر سکتے ہیں چنانچہ اس کے پیدا کرنے کے دو طریقے ہیں ایک قہری اور دوسرا فاعلی -

فاعلی مناعت انسانی جسم میں کسی مردہ جراثیم اور ان کی سمیت کے داخل کرنے سے پیدا ہوتی ہے - مرض کی حالت میں کسی دوسرے جسمانی حصہ پر بھی اس ویکسینی تلقیح کے ذریعہ ہم مذکورہ قسم کی مناعت پیدا کر سکتے ہیں - اس مناعت یا محافظ اجزا کا جسم میں پیدا ہونا اس لئے مفید ہوتا ہے کہ یہ اجزا دوران خون کے ذریعہ ماؤف مقام تک پہونچ کر وہاں جراثیم کو ہلاک کرتے ہیں اور ان کی سمیت کو متعادل کر دیتے ہیں -

قہری مناعت پیدا کرنے کا طریقہ گویا کہ بالواسطہ طریق میں سے ہے - اس طریقہ میں ایک حیوان کے اندر مناعت فاعلی کے ذریعہ تریاقی اجزا کسی خاص قسم کے جراثیم کے خلاف پیدا کئے جاتے ہیں اور اس حیوان کا دموی مصل جس میں یہ اجزا رہوتے ہیں - دوسرے بیمار میں داخل کیا جاتا ہے - ایسا کرنے سے مرض میں یہ اجزا رمقام ماؤف پر پہونچ کر اول تو جراثیم کو ہلاک کرتے ہیں اور دوسرے ان کی سمیت کو بھی متعادل کرتے ہیں - اور اس طرح سے مرض کا استیصال کلی ہو جاتا ہے یہ طریقہ علاج "علاج مصلی" کہلاتا ہے - اس قسم کے مصل دموی میں تریاقی اجزا ضد سمینی یا ضد جراثیمی ہو سکتے ہیں جیسے خناق کا مصل علاجی جس میں ضد سمینی اجزا ہوتے ہیں وہ فاتین خناق و بائی ہے اور اس کے بعد مصل ضد کرویات نیمونیائی اس میں جراثیمی اجزا ہوتے ہیں

اس قسم کے مصل کے تریاقی اجزار صرف ان جراثیم کے خلاف موثر ہوتے ہیں جن سے وہ تیار کئے گئے ہیں چونکہ بعض جراثیم اپنی مختلف حالتوں میں مختلف اثرات رکھ سکتے ہیں۔ اس لئے بہتر ہے کہ وہی جراثیم لئے جائیں جو مریض میں مرض پیدا کر چکے ہیں۔ مریض سے حاصل کرنے کے بعد مصنوعی مزرعہ پر ان کی کاشت کی جائے اور پھر ان سے ویکسین بنا کر مناعت پیدا کرنے کے واسطے استعمال کی جائے۔ اس قسم کی ویکسین کو ہم ذاتی ویکسین کہتے ہیں۔

اسی طرح مریض کے جسم پر آبلہ اٹھا کر اس کے اندر کا مصل لے کر اس کی تلقیح کی جائے تو اس مصل کے اندر بھی ان جراثیم کے خلاف تریاقی اجزا موجود ہونگے جو مریض کے جسم میں مرض کا باعث ہیں۔ اسی مصل کو ہم مصل فادسمینی ذاتی کہتے ہیں۔

بسا اوقات ایک ہی وقت میں ایک قسم کے جراثیم کے بہت سے نمونے لے کر ان سے ویکسین بنائی جاتی ہے اور اس ویکسین سے کسی حیوان میں مناعت پیدا کی جاتی ہے۔ پھر اس حیوان سے مصل فادسمینی لے کر مریض کے جسم میں تلقیح کرتے ہیں۔ اس کی بنا یہ ہے کہ مختلف قسم کے جراثیمی نمونوں میں سے ممکن ہے کہ بیماری پیدا کرنے والے جراثیم کسی ایک نمونہ سے مشابہ ہوں۔ اس لئے اس مصل کی تلقیح سے مریض کو فائدہ پہنچتا ہے کیونکہ اس کے اندر اسی قسم کے جراثیم (جو باعث مرض ہیں) سے پیدا کردہ فادسمین کے اجزا موجود ہوتے ہیں۔ ایسی فادسمینی مصل کو "پالی ولنٹ سیرم" کہتے ہیں۔

اگر کسی ماؤف آنکھ سے کسی قسم کے جراثیم نہ مل سکیں یا خون سے کسی جرثومہ کو حاصل نہ کیا جا سکے تو اس صورت میں امراضیہ ردعمل کے ذریعہ ہم کسی ایک قسم کے جراثیم کا تعین مناعت پیدا کرنیکے واسطے آسانی کے لئے کر سکتے ہیں زمانہ سابقہ میں اس قسم کا ردعمل صرف آتشک کے واسطے مختص تھا۔ مگر آج کل سوزاک۔ نمونیا اور کرویات عنقودیہ کے مختلف اقسام اور عصارات القلوانزار کے لئے بھی یہ ردعمل کام میں لایا جاتا ہے۔ علیٰ ہذا القیاس کرویات نزلیہ کے واسطے بھی کارآمد ثابت ہوا ہے آنکھ کے علاج میں فادسمین خناق وبائی اور مند کزازتھری مناعت پیدا کرنے کے واسطے استعمال کی جاتی ہے مگر ورزمین فاعلی مناعت پیدا کرنے کے واسطے مستعمل ہے۔

فادسمین خناق وبائی و فادسمین کزازی۔

اس کا استعمال ملتحمہ کے التہاب خناق وبائی میں کامیاب ثابت ہوتا ہے۔ طریقہ استعمال کا یہ ہے کہ زیر جلدی تلقیح کے ذریعہ اور آنکھ میں ڈالنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے۔ آنکھ کے ملوث قروح میں ان کو کزازی عدوی سے محفوظ رکھنے کے لئے کزازی فادسمین کی مدافعانہ تلقیحات کی جاتی ہیں۔ قرحہ ساعیہ میں فادسمیں نیمونیائی کا استعمال کیا جا چکا ہے اس سے

کامیابی کا معیار مختلف ہے۔ یہ تجربہ سے ثابت ہو چکا ہے کہ خناقی فادسمین کے استعمال سے خناق کے علاوہ دوسرے عدوی سے بھی جسم محفوظ رہتا ہے اور اس فائدہ کی وجہ یہ بتائی جاتی ہے کہ فادسمین کے اندر لحمی اجزا اس فریضہ کو انجام دیتے ہیں۔

غیر نوعی اجسام بضیہ یا لحمیہ کے ذریعہ علاج۔ اس طریقہ علاج میں دودھ کی عضلی تلقیحات بھی استعمال کی جاتی ہیں یہ طریقہ مختلف ایسے متعدی عوارض کے علاج میں کامیاب ثابت ہوا ہے جن میں عدوی والے جراثیم کو ہم صحیح طور پر متعین نہیں کر سکتے۔ ان تلقیحات کی وجہ سے بخار (عمومی ردعمل) پیدا ہوتا ہے اور مقامی ردعمل مرض کی بہتری کی صورت میں رونما ہوتا ہے۔ تلقیح کے واسطے گائے بھینس کا دودھ ۲-۵..۱۰ مکعب سینٹی میٹر ایک انبوبہ میں لیکر پانی کے اندر رکھتے ہیں اور پانی کو حرارت پہنچا کر ابالتے ہیں۔ پانی کے ابالنے کا عمل کم از کم آدھ گھنٹہ سے ۴۵ منٹ جاری رکھا جاتا ہے اس کے بعد اس دودھ کی عضلی تلقیح کی جاتی ہے۔ التہاب قزحیہ، التہاب عنبیہ، التہاب مشیمیہ اور التہاب ملتحمہ میں اس تلقیح سے بہت فائدہ پہنچتا ہے۔ تیار شدہ مطہر اور جو کہ بازار میں انبوبہ کی صورت میں ملتا ہے اولان کے نام سے مشہور ہے۔ اس کی تلقیحات شروع ہی میں ۸..۱۰ سی سی تک کر سکتے ہیں۔

ورنین۔ معالجات چشم میں ورنین کی تلقیحات عموماً استعمال کی جاتی ہیں۔ تشخیصی حیثیت سے ورنین اس طریقہ پر استعمال کی جاتی ہے کہ اس سے یہ معلوم ہو جائے کہ مریض میں ورنی عدوی موجود ہے یا نہیں۔ نیز اگر ہے تو اس کی آنکھ کو ورنی عدوی سے کس قدر تعلق ہے۔ ورنین کی تلقیحات کے بعد اگر بخار لاحق ہو تو ظاہر ہے کہ یہ ردعمل مثبت ہے اور مقامی طور پر ماؤف آنکھ کے اندر مرکزی ردعمل کا ظہور بھی اس امر کی دلیل ہے۔ اس مقصد کے لئے ورنین کاخ استعمال کی جاتی ہے۔ چونکہ مثبت حالتوں میں اس سے بخار لاحق ہو جاتا ہے اس وجہ سے اس کو فضول سمجھا جاتا ہے۔ اگر اس امر کا تیقن ہو جائے کہ مریض کے جسم میں ورنی عدوی موجود ہے جیسا کہ مریض کے سینے کے امتحان یا اس کے بلغم کے امتحان سے ممکن ہے۔ تو اس امر کا فیصلہ کر لینا چاہئے کہ مریض کے سینے میں کوئی قرحہ موجود ہے یا نہیں۔ نیز مفاصل اور پھیپھڑوں میں سردست ورنی عدوی برسرکار ہے یا نہیں۔ اس امر کی تحقیق کی اس لئے ضرورت ہے کہ بسا اوقات اس قسم کے مریضوں کو ورنی تلقیحات دینے سے نتائج خراب رونما ہوتے ہیں۔

فعال ورنی عدوی اگر نہ ہو تو مریض کو شفاخانہ میں داخل کر دیں اور تلقیح کے ہر دو گھنٹے کے بعد اس کا جسمانی درجہ حرارت معلوم کریں۔ اگر ۴۸ گھنٹہ کے اندر حرارت طبعی درجہ پر آجائے تو ہم ۱ ملی گرام ورنین کی تلقیح دیتے ہیں۔ بہتر یہ ہے کہ یہ تلقیح صبح کو ۹ بجے کی جائے تاکہ جو ردعمل ۹ گھنٹہ میں ظاہر ہوتا ہے وہ رات کو ظاہر نہ ہو۔ رات کو ردعمل کے ظہور میں اس کے نظرانداز ہو جانے کا امکان ہے۔ عمومی مثبت ردعمل کا اظہار جسمانی حرارت کے بڑھنے سے ہوتا ہے۔ اگر ۴۸ گھنٹہ میں کسی ردعمل کا ظہور نہ ہو تو ۵ ملی گرام

کی تلقیح کریں۔ اس کے بعد بھی اگر کوئی ردعمل نہ عیاں ہو تو فعال درنی عدوی کا یہاں پر امکان نہیں۔ ان تلقیحات کے درمیان کا وقفہ زیادہ ہونا چاہئے کیونکہ زیادہ وقفہ کے بعد تلقیح کرنے سے ذکاوت حس پیدا ہو جاتی ہے۔

حرارت کی زیادتی کے علاوہ عموماً مقامی طور پر تلقیح کے مقام پر ردعمل ظاہر ہوتا ہے بشرطیکہ درنی عدوی موجود ہو۔ اس مقام پر التہابی ارتشاح شروع ہو جاتا ہے جہاں پر کہ سوئی کے ذریعہ درنین جلد کے اندر داخل کی جاتی ہے اور اس مقام کی جلد سرخ ہو جاتی ہے۔ اس کے نیچے سختی و تالم پیدا ہو جاتا ہے اس کے علاوہ مرکزی مقامی ردعمل آنکھ کے اندر پیدا ہو سکتا ہے۔ اس مقام پر احتقان یا سرخی کی زیادتی ہوتی ہے اور رطوبت کا ترشح زیادہ ہو جاتا ہے یعنی آنکھ میں تکلیفات بڑھ جاتی ہیں۔ مرض کی اس زیادتی سے بعض اوقات قرنیہ میں خطرناک عوارض پیدا ہو جاتے ہیں۔ اسی وجہ سے درنین کا نخ کو تشخیصی امور میں (خصوصاً جب کہ دونوں آنکھوں میں درنی مرکز کا شبہ ہو) استعمال نہیں کرتے۔ اکثر مریضوں میں مقامی ردعمل مشیمیہ اور شبکیہ کے اندر ارتشاحی صورت اختیار کرتا ہے۔

یہ معلوم کرنے کے واسطے کہ کوئی مقامی ردعمل ہو رہا ہے یا نہیں آنکھ کا معائنہ نہایت غور کے ساتھ کرنا چاہئے۔ بیرونی امتحان اور منظار عین کے ذریعہ امتحان تلقیح سے قبل اور بعد میں بھی کرنا چاہئے۔

اگر مقامی ردعمل کا ظہور نہ ہو اور عمومی ردعمل موجود ہو تو اس وقت یہ فیصلہ کرنا کہ درنی عدوی آنکھ میں موجود ہے یا نہیں، صرف ایک قیاسی امر ہے۔ ایسے مریضوں میں خاص طریقہ پر ان کے مرض میں ان تلقیحات سے کوئی فائدہ نہیں ہوتا۔ ان مریضوں کا عمومی امتحان نہایت غور کے ساتھ کرنا چاہئے۔ اگر درنی عدوی کا کوئی مرکز موجود نہ ہو اور آنکھ کے مرض کا سبب بھی معلوم نہ ہوتا ہو تو ایسی صورت میں مرض کو درنی ہی تصور کرنا چاہئے۔

جلدی طریقہ ۔ فان پرکی ردعمل ۔ درنی تشخیص کے لئے دوسرا ردعمل بھی کیا جاتا ہے۔ اس میں درنین کو زیر جلد تلقیح نہیں کرتے بلکہ جلد میں باریک سطحی شگاف دے کر اس میں درنین لگا دیتے ہیں۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ ہاتھ کے اوپر دو مقام پر مذکورہ عمل کرتے ہیں اور ان دونوں مقاموں کے درمیان سطحی شگاف دیکر اس پر مطہر پانی لگا دیتے ہیں مگر تینوں شگافوں کو مطہر روئی سے ڈھک دیتے ہیں۔ مذکورہ بالا عمل میں صرف بشرہ کے اندر خراش پیدا کی جاتی ہے۔

ماہر مورو کے طریقہ میں (Moro's method) درنین ۔ تندرست و صحیح جلد کے اندر رگڑ دیتے ہیں۔

فان پرکی مثبت ردعمل نہ صرف تازہ درنی عدوی والے مریضوں میں ظاہر ہوتا ہے بلکہ پرانے عدوی اور مندمل

شدہ ورنی قروح کے مریضوں میں بھی اس کا مثبت ظہور ہوتا ہے۔ جن مقامات پر ورنین لگائی جاتی ہے ۲۴ گھنٹے کے بعد ان کے وسط کا حصہ جس پر پانی لگایا گیا تھا وہ سرخ نہیں ہوتا مگر دونوں طرف کے وہ مقام جہاں پر ورنین لگائی گئی تھی سرخ ہو جاتے ہیں۔ یہی صورت مثبت کہلاتی ہے۔ اگر تینوں مقامات پر سرخی یکساں ہو تو ردعمل منفی ہوگا۔ جوانوں میں یہ ردعمل عام طور پر مثبت ہوتا ہے ان کو زندگی کے کسی حصے میں ورنی عدوی ضرور ہو چکا ہوتا ہے لہٰذا اس کا استعمال صرف بچوں میں کرنا چاہئے۔ مگر ان میں بھی اس عمل سے ورنی عدوی کے مقام کا پتہ نہیں چل سکتا۔ ورنین کو علاجاً زیر جلدی تلقیحات کے ذریعہ استعمال کیا جاتا ہے۔ اس مصرف کے لئے ہم ورنین کا نخ یا ورنین جدید کو استعمال کرتے ہیں۔ جو مردہ ورنی عصار کا متحلب ہوتی ہے۔ اس ورنین کے استعمال میں یہ احتیاط ضروری ہے کہ خوراک اس قدر خفیف ہو کہ مریض کو کسی طرح بخار نہ آنے پائے۔ اسی وجہ سے اس کو نہایت خفیف مقدار سے شروع کرتے ہیں اور آہستہ آہستہ بڑھاتے ہیں۔ اگر اس تدبیر کے باوجود مریض کو بخار آ جائے تو پہلی خوراک کی تلقیح دوسری مرتبہ پھر کی جاتی ہے۔ اگر مقامی ردعمل رونما ہو تو تلقیحات کا درمیانی وقفہ زیادہ طویل کر دیا جاتا ہے یا خوراک کو اور کم کر دیتے ہیں۔ پہلی تلقیح کے واسطے ۱۰۰۰۰ میں ایک حصہ ۲۰۰۰ میں ایک یا ۲۰۰۰ میں ایک ملی گرام دیتے ہیں اور رفتہ رفتہ بڑھاتے جاتے ہیں۔ کنپ ہاسپٹل میں ۱۰۰۰. ملی گرام سے شروع کرتے ہیں اور ہر چوتھے روز تلقیح کرتے ہیں مگر جرمنی میں ہر ہفتہ ایک مرتبہ انجکشن دیا جاتا ہے۔ اس تلقیح کی خوراک کو نہایت آہستہ آہستہ بڑھاتے ہیں۔ یہاں تک ۰۱. ملی گرام تک پہنچا دیتے ہیں۔ لیکن ایسا اس وقت کرتے ہیں جب کہ مریض کو بخار نہ آئے۔ ورنہ تلقیحات کے وقفہ کو طویل کرتے ہیں۔ بہر حال ۰۱. ملی گرام ہر مہینہ کے بعد دیں اور اس کی خوراک کو نہ بڑھائیں۔ تلقیحات کی مقدار اور درمیانی وقفہ کا تعین بخار سے کیا جاتا ہے۔ بعض صورتوں میں یہ تلقیحات ہفتوں کی جاتی ہیں۔ اگر کامیابی ہو تو مہینوں تک تلقیحات کرنے کے بعد ہر تین ماہ کے بعد تلقیحات کرتے رہتے ہیں۔ بعض مریضوں میں مشاہدہ کیا گیا ہے کہ انکے عارضی زخم کو باوجود ورنی نہ معلوم ہونے کے ورنین سے فائدہ پہنچا ہے۔

دوسرے نوع کے ویکسینی علاج۔ مذکور بالا صورتوں کے علاوہ۔ سوزاکی التہاب میں ویکسینی علاج کیا جاتا ہے۔ کرویات عنقودیہ کے مختلف اقسام۔ کرویات عقدیہ۔ عصار انفلوانزا نیز کرویات نیمونائی کے واسطے بھی ویکسینی علاج استعمال کیا جاتا ہے۔ مگر خصوصیت کے ساتھ اس کو طریق مشیمی کے سوزاکی التہاب میں

اختیار کیا جاتا ہے۔ علیٰ ہٰذا القیاس جب عدوی التہاب لثہ کی وجہ سے آنکھ میں پہونچ جاتا ہے تو اس صورت میں بھی اس سے استفادہ کرتے ہیں۔ تشخیص کے لئے ردعمل واسرمانیہ سے مرض پیدا کرنے والے جراثیم کا پتہ لگایا جاتا ہے۔ پھر ان کی ویکسین تیار کر کے استعمال کی جاتی ہے۔ وزین کے علاج کی طرح ویکسینی علاج میں بھی تلقیحات کی خوراک اور درمیانی وقفہ کا تعین تلقیحات کے اثر کے ماتحت کیا جاتا ہے اور یہ دیکھا جاتا ہے کہ تلقیح کے بعد ردعمل کیسا ظاہر ہوا۔ یا آنکھ کی حالت کیسی رہی۔

ویکسنی اور فاذیمینی علاج کے نقصانات۔ جسم کے اندر ویکسین یا فاذیمین کی تلقیحات خواہ مقامی طور پر آنکھ کی حالت درست کرنے کی غرض سے کریں یا عمومی عدوی کے خلاف جد وجہد کی غرض سے جیسا کہ حمی موی میں کیا جاتا ہے۔ بہر حال بعض اوقات اس سے آنکھ کی گہری ساختوں میں التہاب شروع ہو جاتا ہے۔ اور کبھی سطحی ساختوں (قرنیہ۔ طریق مشیمی) میں بھی التہاب پیدا ہو جاتا ہے۔ بعض ماہرین کا خیال ہے کہ یہ التہاب ذکاوت حس کا مظہر ہوتا ہے۔ مگر بعض ماہرین اس کو سمی علامتوں کا مظہر خیال کرتے ہیں۔

آنکھ کے آتشکی امراض کا علاج۔ آتشکی امراض کے خلاف مناعت پیدا کرنے کا کوئی طریقہ ہنوز معلوم نہیں ہو سکا خوش قسمتی سے سلورسان۔ سیمابی مرکبات بسمتھ کے مرکبات اور آیوڈین وغیرہ اس مرض کے خلاف جنگ وجدل میں کامیاب ثابت ہوتے ہیں آتشک کا علاج تفاعل واسرمانیہ کے مثبت ہونے کے بعد کیا جاتا ہے۔ آتشکی تعدی کے پہلے ہفتے میں بھی تفاعل مثبت ہو سکتا ہے مگر عموماً چوتھے ہفتہ میں یقیناً مثبت ہوا کرتا ہے۔ آتشک کے دوسرے اور تیسرے درجہ کے عوارض کی موجودگی میں بہر حال ہمیشہ مثبت ہوتا ہے۔ مگر زوردار علاج اگر ہو رہا ہو تو کچھ عرصہ کے واسطے منفی بھی ہو جاتا ہے۔ اگر واسرمانیہ تفاعل منفی ہو تو بعض اوقات سیمابی تلقیحات یا سلورسان کی تلقیحات سے از سر نو مثبت ہو جاتا ہے۔ مذکورہ طریقہ سے ہم مخفی مرض کو عیاں کر کے تشخیص کو متیقن کر لیتے ہیں۔ آتشک کے علاوہ بعض امراض مثلاً یاز (Yaws,) اور بعض اقسام کے ملیریائی بخار نیز حمی قرمزی میں بھی واسرمانیہ تفاعل مثبت ہوتا ہے۔ اور تشخیص میں اس کی وجہ سے غلطی کا ہونا ممکن ہو جاتا ہے

نظام عصبی کی آتشک میں جب کہ استرخار عمومی اور دیگر عوارض بعیدہ بھی موجود ہوں۔ اس وقت یقینی طور پر خون کا امتحان واسرمانیہ منفی ہونے کے باوجود جب مخی سائل شوکی کو (ثقب قطنی) سے حاصل کیا جائے اور پھر اس کا امتحان کریں تو یہ تفاعل اس میں ہمیشہ مثبت ثابت ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں سائل مخی شوکی میں کریات بیضا کا اکثر موجود ہوتا ہے

اور اس کے علاوہ اس کے انڈگلا بیولین کا ردعمل مثبت ہوا کرتا ہے۔ اس کو ہم نوگوچی کے بیوٹرک ایسڈ ردعمل کے ذریعہ معلوم کرتے ہیں۔ اس کے اندر مخصوص تبدیلیاں ہوتی ہیں۔ اس کو ہم آتشکی انحنا کہتے ہیں جب کہ اس سائل کی مختلف تحقیقات کو لانڈل سونے کے ماتحت کی جائیں۔ مردہ جلد زونہ آتشکی کی زیر جلدی تلقیح سے واسرمین کے بجائے نوگوچی کا جلدی ردعمل بھی استعمال کیا جاسکتا ہے۔ علاوہ ازیں کاہن کا ردعمل بھی اس کی تشخیص کے لئے کام میں لایا جاتا ہے۔

سلورسان کی تلقیحات۔ آنکھ کے آتشکی عوارض کے واسطے اس کی خوراک دوسرے عوارض جسمانی سے ذرا کم ہونی چاہئے اور تلقیحات کا درمیانی وقفہ ایک ہفتہ یا آٹھ روز ہو۔ نیو سلورسان دینے سے پہلے مریض کے قلب کا امتحان کرلیں اور اس کے پیشاب میں زلالی اجزا کی موجودگی کا معائنہ بیحد ضروری ہے۔ اگر مریض قلبی امراض میں مبتلا ہو یا اس کے پیشاب میں اجسام مبقیہ خارج ہوتے ہوں تو تلقیح کرنے سے پہلے خوب غور و خوض کرلینا چاہئے ورنہ شدید نقصان پہنچنے کا اندیشہ ہوتا ہے۔ سلورسان کی تلقیح کے پہلے روز مسہل دیکر امعاء کو صاف کریں اور اس کے بعد دو روز تک ہلکی اور زود ہضم غذائیں دیں۔ اگر عصبی آتشک میں سلورسان کا دینا وریدی تلقیحات کے ذریعہ ناکام ثابت ہو تو اس کے ساتھ بسمتھ کی تلقیحات شروع کردیں یا سائل مخی شوکی کو خارج کرنے کے بعد اس کے اندر اس کے خفیف محلول کی تلقیح کی جائے آنکھ کے بعض ورنی عوارض میں بھی نیو سلورسان کی تلقیحات سے فائدہ پہونچتا ہے۔

عمومی علاج کے دوسرے طریقے۔ عدوی کے خلاف ایک عمومی طریقہ علاج یہ بھی ہے کہ عمومی استحالہ جسم کے اندر بہترین معیار پر ہو اس کے نظام ہضم کو درست کریں۔ بے نالی کی رطوبات باطنہ کو طبعی حالت پر لائیں۔ دوران خون کو بہتر بنائیں حسی اور تحریکی اعمال کی اصلاح کریں۔ تغذیہ درست کرنے والے اعصاب کے تناؤ کو درست کریں۔ آنکھ کے اکثر امراض میں مذکورہ بالا امور میں سے سب کے سب یا ان میں سے بعض کی طرف خاص توجہ کی ضرورت ہے۔

خلطی التہاب قرنیہ میں غدہ جارۃ الدرقیہ کے خلاصہ کا استعمال خاص طور پر مفید ہوتا ہے۔ علیٰ ہذا القیاس یہ خلاصہ دیگر قرنوی عوارض میں بھی مفید ہے کیلول خفیف مقدار میں کبھی کبھی استعمال کرنا خصوصیت کے ساتھ بثری التہاب ملتحمہ میں اس کی خوراک کا منضبط کرنا اور التہاب طریق ہدبی و مشیمی میں عرصہ تک آیوڈین کا استعمال، تاکہ زجاجی اور دوسرے سحابی مواد جذب ہو جائیں اعصاب کے اعمال کی خرابی میں سنکھیا کا استعمال یہ سب مذکورہ امور بہترین نتائج پیدا کرتے ہیں۔ قرنیہ کے زخم کے جلد نہ مندمل نہ ہونیکی صورت میں مکھن اور ریحا تیمن ڈی کا استعمال اور التہاب ملتحمہ بثری میں مچھلی کا تیل استعمال کرنا مفید ثابت ہوتا ہے

شرکی التہاب چشم اور شرکی خراش

(Sympathetic ophthalmitis—and sympathetic irritation)

شرکی التہاب چشم - ایک آنکھ کے طریق ہدبی میں التہاب پیدا ہونے کے بعد دوسری آنکھ کے طریق ہدبی کے التہاب کا پیدا ہونا

اور

اس سے متعلق شرکی خراش

جب ایک آنکھ کی ضرب کے نتیجہ میں دوسری آنکھ کے اندر بھی التہاب ہدبی وعینی شروع ہو جائے تو اس کو شرکی التہاب چشم کے نام سے موسوم کرتے ہیں بعض اوقات یہ التہاب بغیر کسی ضرب کے بھی شروع ہو سکتا ہے جس کا ذکر بعد میں کیا جائے گا -

عام الفاظ میں شرکی التہاب کو ہم یوں بیان کر سکتے ہیں کہ یہ ایک آنکھ کے طریق ہدبی کا مکون التہاب ہے جس میں عنبیہ اجسم ہدبی اور مشیمیہ سبھوں میں التہابی حالت پائی جاتی ہے - وجہ اس کی یہ ہوتی ہے کہ اس سے پہلے - پہلی آنکھ میں چوٹ کی وجہ سے طریق ہدبی کا التہاب شروع ہو چکا ہوتا ہے - یہ ضرب عموماً جراحت وخزیہ پر مشتمل ہوتی ہے - یا مقلہ عین میں کسی دوسری وجہ سے سوراخ ہو جانیکی بنا پر طریق ہدبی کا التہاب شروع ہو جاتا ہے - شاذونادر حالتوں میں شرکی التہاب چشم صرف التہاب عصب باصرہ یا التہاب مشیمیہ کی صورت اختیار کرتا ہے -

صدیدی التہاب طریق ہدبی یا التہاب کل العین (Pan ophthalmitis) میں دوسری آنکھ کے

اندر، کون یا صدیدی التہاب شرکی طور پر نہیں پیدا ہوتا۔ اس کے علاوہ آنکھ کے اندر شرکی موتیا بند، شرکی التہاب ملتحمہ، یا شرکی طور پر دوسری آنکھ کے مشیمیہ کا اپنی جگہہ سے اکھڑ جانا، شرکی التہاب قرنیہ، شرکی التہاب صلبیہ وغیرہ نہیں پائے جاتے۔

شرکی التہاب، کی اصطلاح قدیم اصطلاح ہے جس کو اب تک استعمال کیا جاتا ہے۔ اگر آجکل اس نام کو رکھنا پڑتا تو اس اصطلاح کے مقرر کرنے کی نوبت نہ آتی۔

جب تک ایک آنکھ میں طریق ہدبی کا التہاب موجود نہ ہو اُس وقت تک دوسری آنکھ میں طریق ہدبی کا شرکی التہاب شروع نہیں ہو سکتا۔ اگر کوئی جراحت و خزیہ ایسی ہو کہ اس کی وجہ سے پہلی آنکھ میں طریق ہدبی کا التہاب نہ پیدا ہو تو دوسری آنکھ میں شرکی التہاب چشم بھی نہ پیدا ہوگا۔

یہ امر بھی یاد رکھنے کے قابل ہے کہ مذکورہ قسم کے زخم کے بعد مضروب یا مجروح آنکھ میں اگر طریق ہدبی کا التہاب پیدا ہو تو یہ ضروری نہیں کہ دوسری آنکھ میں شرکی التہاب پیدا ہی ہو جائے۔

جس آنکھ میں ایسی جراحت و خزیہ ہوتی ہے اُس کو ہم "محرک آنکھ" (Exciting eye) کہتے ہیں، اور دوسری آنکھ جس کے اندر التہاب ہدبی پہلی آنکھ کے اندر التہاب ہدبی کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے اُس کو "مشارک آنکھ" (Sympathising eye) کہتے ہیں بعض اوقات ان کو "مضروب آنکھ" اور اُس کے ساتھ شرکت کرنے والی آنکھ بھی کہتے ہیں۔ اس کے علاوہ یکے بعد دیگرے ترتیب کے ساتھ پہلی آنکھ اور دوسری آنکھ بھی کہا جاتا ہے۔

گو کہ شرکی التہاب "انعکاسی التہاب" نہیں ہے تاہم اس کے واسطے (Sympathetic irritation) شرکی خراش کی اصطلاح استعمال کی جاتی ہے۔ جو کہ در اصل عصب خامس کی انعکاسی حالت کا نام ہے، مذکورہ دونوں امراض اگرچہ ایک دوسرے سے بہت مشابہ ہوتے ہیں لیکن دونوں علیحدہ علیحدہ نوعیت رکھتے ہیں۔

شرکی خراش۔ یہ حالت ہر اُس کیفیت سے پیدا ہو سکتی ہے جو کہ پہلی آنکھ کے اندر ہدبی اعصاب میں خراش پیدا کرنے والی ہو جیسا کہ قرنیہ کے اندر یا بالائی جفن کے نیچے اجسام غریبہ کی موجودگی۔ قرنوی لبشرہ کا ضائع ہو جانا۔ مقدم انتفاخ قرنیہ، حاد زرق الماء، التہاب عنبیہ، اور خلع عدسہ وغیرہ۔

دوسری آنکھ کے اندر شرکی خراش کی علامتیں حسب ذیل ہوتی ہیں۔

چوندھ، آنکھ سے پانی بہنا، آنکھ کے مقدم حصہ میں دموی احتقان کے نشانات، طاقت توفیق کی کمزوری مذکورہ علامتیں اگر شدید ہوں تو مریض کے لئے بہت زیادہ تکلیف دہ ہوتی ہیں۔ مجرا اور حاجب کا عصبی درد شبکیہ کے اندر کمزوری بھی کبھی لاحق ہوتی ہے۔

شرکی خراش کے متعدد اسباب میں سے ایک وہ حالت بھی ہے جس میں بیٹھی ہوئی آنکھ کے اندر خراش موجود ہو۔ خواہ یہ طریق ہدبی کے التہاب کا نتیجہ ہو یا خود کسی جراحت وخزیہ سے پیدا ہوئی ہو، یا طریق ہدبی کے کسی ایسے التہاب کا نتیجہ ہو جس کا کوئی سبب نہ معلوم ہو سکے۔ مذکورہ قسم کی بیٹھی ہوئی آنکھ (مقلۂ چشم) جس میں خراش موجود ہو ممکن ہے کہ کسی وقت دوسری آنکھ میں شرکی خراش پیدا کر دے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ یہ خراش کئی سال کے بعد رونما ہو۔ مدت دراز تک خاموش رہنے کے بعد ایسی بیٹھی ہوئی آنکھ سے پانی بہنا شروع ہوتا ہے۔ چھونے سے درد ہوتا ہے اور سرخ ہو جاتی ہے۔

ممکن ہے کہ بیٹھی ہوئی آنکھ میں کوئی تازہ چوٹ لگ جائے، اور یہ بھی ممکن ہے اس کے مشیمیہ کے اندر عکس رونما ہو جائے خواہ اس خراش کا سبب کچھ بھی ہو لیکن دوسری اچھی آنکھ میں بھی یہ حالت منتقل ہو جاتی ہے۔

بیٹھی ہوئی آنکھ کی وجہ سے شرکی التہاب چشم کا پیدا ہونا اکثر ممکن ہے بالخصوص جب کہ اس میں التہاب طریق ہدبی موجود ہو لہذا اس حالت میں مندرجہ ذیل سوالات بہت اہمیت رکھتے ہیں۔

(۱) ان حالات میں شرکی التہاب چشم سے شرکی خراش کا کیا تعلق ہے؟

(۲) کیا اس شرکی خراش کو شرکی التہاب چشم کی قابل اعتبار اور ضروری علامت سمجھا جا سکتا ہے؟

اس کا جواب صرف منفی ہے۔

ممکن ہے کہ شرکی خراش عرصہ دراز تک قائم رہے اور اس کے باوجود شرکی التہاب چشم نہ پیدا ہو، اس کے علاوہ اس امر کا بھی امکان ہے کہ شرکی خراش کی بعض علامتیں شرکی التہاب چشم سے پہلے ظاہر ہوں اور اکثر حالتوں میں علامات بالکل غائب بھی ہوتی ہیں۔ لہذا حفظ ماتقدم کی تدابیر کے ماتحت اگر ہم مقلۂ عین کے اخراج کو اس وقت تک ملتوی کر دیں جب تک کہ شرکی خراش نمایاں نہ ہو تو ہمارا یہ عمل آخری درجہ کی

بنا پر بالکل غلط ہوگا۔

علاج - اگر ایک آنکھ میں شرکی خراش دوسری بیٹھی ہوئی آنکھ کی خراش کی وجہ سے پیدا ہو تو بیٹھی ہوئی آنکھ کے بقیہ حصّہ کو فوراً الگ کر دینے سے اس خراش میں سکون ہو جاتا ہے۔ اندھیرے کمرے میں مریض کو آرام کرانا۔ اور مسکنات کا استعمال اگرچہ بظاہر مفید معلوم ہوتے ہیں مگر آخر میں مایوس کن ثابت ہوتے ہیں۔ کیونکہ جب آنکھ سے کام لیا جائے تو خراش کی علامتیں دوبارہ نمایاں ہو جاتی ہیں۔ علاوہ اس کے چونکہ شرکی خراش اکثر شرکی التہاب سے پہلے رونما نہیں ہوتی لہذا دوسری خراب آنکھ کو نکال دینا ہی بہتر ہے تاکہ اچھی آنکھ محفوظ رکھی جا سکے۔

شرکی التہاب چشم کی تشخیص - مشارک آنکھ کے التہاب طریق ہدبی میں کوئی ایسی خصوصیت نہیں پائی جاتی جس سے تشخیص میں مدد مل سکے۔ شرکی التہاب چشم میں طریق ہدبی کے التہاب کی وہی مکون یا مصلی حالت پائی جاتی ہے جو کہ دوسری صورتوں میں دیکھی جاتی ہے۔ اس کے علاوہ پہلی آنکھ کی حالت بھی ایسی نہیں ہوتی کہ اس کو ہم اپنی تشخیص میں رہنما بنائیں۔ صحیح تشخیص کے لئے مندرجہ ذیل امور کو مدنظر رکھنا اور ان سب کو مجموعی حیثیت سے دیکھکر فیصلہ کرنا ضروری ہے۔

(۱) محرک آنکھ کی حالت اور اس کو صدمہ پہونچنے کی نوعیت یا اس کے مرض کا پوری طرح سمجھنا۔

(۲) مشارک آنکھ کی حالت۔

(۳) وہ وقفہ جو کہ پہلی آنکھ میں چوٹ لگنے اور مشارک آنکھ میں شرکی التہاب طریق ہدبی کے پیدا ہونے میں صرف ہوا۔

(۴) جسم کی عام حالت۔

(۱) **محرک آنکھ کی حالت** - ہم پہلے بیان کر چکے ہیں کہ جن جروح و خزیہ میں آنکھ کے اندر کوئی جسم غریب چلا جاتا ہے یا جن زخموں میں طریق ہدبی وشیمی ماؤف ہو جاتا ہے۔ اور جن کے بعد مکون التہاب طریق ہدبی وشیمی پیدا ہوتا ہے۔ یہ سب دوسری آنکھ میں شرکی التہاب پیدا کرتے ہیں۔ اگر جسم ہدبی، عنبیہ یا غلاف عدسی زخم کے اندر رہ جائے تو دوسری آنکھ میں شرکی التہاب کا خطرہ بہت زیادہ بڑھ جاتا ہے

یہی وجہ ہے کہ جن جراحات میں ضرب کا صدمہ ہدبی حصہ میں پہنچ جاتا ہے اُن کے بعد شرکی التہاب دوسری آنکھ میں ضرور پیدا ہوتا ہے۔ اور مشاہدہ اس کی تصدیق کرتا ہے۔

قرنیہ کے اندر سوراخ کر دینے والی جراحتوں میں بھی دوسری آنکھ کے اندر شرکی التہاب پیدا ہو سکتا ہے۔ مضروب آنکھ کے اندر طریق ہدبی وشیمی کا التہاب اُن جراثیم کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے جو کہ جسم غریب سے لگے رہتے ہیں۔ ممکن ہو کہ یہ جراثیم آپریشن کرنے والے نشتر سے آنکھ کے اندر پہونچیں۔ اور اس امر کا بھی امکان ہے کہ سطح چشم سے غریب جسم کے ساتھ آنکھ کے اندر جراثیم داخل ہو جائیں یا بیرون چشم سے نشتر کے ذریعہ جراثیم داخل ہو کر یہ التہاب پیدا کریں۔ اس قسم کے زخموں سے صدیدی یا مکون التہاب طریق ہدبی و مشیمی شروع ہو سکتا ہے۔

طریق ہدبی وشیمی کا صدیدی التہاب اگر بہت شدید قسم کا نہ ہو تو اس کے بعد اکثر دوسری آنکھ کا شرکی التہاب شروع ہو جاتا ہے۔ اور عجیب بات مشاہدہ میں یہ آئی ہے کہ اگر طریق ہدبی وشیمی کا شدید صدیدی التہاب یعنی التہاب کل العین اس زخم کی وجہ سے پیدا ہو تو اس کے بعد نتیجہ کے طور پر دوسری آنکھ کا شرکی التہاب کبھی نہیں پیدا ہوتا۔ لہذا ظاہر ہے کہ صدیدی جراثیم اس التہاب کو پیدا کرنے والے نہیں ہوتے۔ ورنہ شرکی التہاب کو بھی صدیدی ہونا چاہئے تھا۔ قرین قیاس امر یہ ہے کہ اس التہاب کو پیدا کرنے والے جراثیم نوعی حیثیت رکھتے ہیں یعنی کسی خاص قسم کے دوسرے جراثیم اس التہاب کو پیدا کرتے ہیں۔

اگر مجروح آنکھ میں صدیدی عدوی ہو تو ضرب یا زخم کے بعد ۲۴ گھنٹہ کے اندر یہ التہاب پیدا ہو جاتا ہے مگر طریق ہدبی کا مکون یا صلی التہاب جس کا تعلق دوسری آنکھ کے شرکی التہاب سے بہت اہمیت رکھتا ہے اور جو ممکن ہے کہ نوعی جراثیم سے پیدا ہوتا ہو یہ مضروب یا مجروح آنکھ میں نہایت آہستہ آہستہ اور دیر میں ظاہر ہوتا ہے۔

مؤخرالذکر عدوی یا خراش کی صورت میں تعدّی یا خراش دونوں ضرب یا زخم کا بلاواسطہ نتیجہ ہوتی ہیں اور چند روز میں ختم ہو جاتی ہیں لیکن جلدی ہی ان کا دوبارہ اعادہ ہوتا ہے۔ اس وقت حدقہ عین انیزرنہ من کے اثر سے کم پھیلتا ہے۔ عنبیہ کی خلطی نسیجیں صاف نہیں دکھائی دیتیں، قرنیہ کی مؤخر سطح پر رسوبی نقاط

ظاہر ہوتے ہیں۔ عنبیہ اور غلاف عدسی کے درمیان الصاقات پیدا ہو جاتے ہیں زجاجیہ میں غیر شفاف سحابی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ شروع شروع میں درد خفیف ہوتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا ممکن ہے کہ یہ درد خود بخود ہو یا دبانے پر اس کا احساس ہو۔ اِس درجہ میں علاج سے بہت زیادہ فائدہ پہونچنے کا امکان ہے، لیکن جلد یا دیر میں مرض کا اعادہ پھر ہو جاتا ہے۔ عنبیہ کے مؤخر الصاقات اور زیادہ بڑھ جاتے ہیں خللی نسیجیں اور ان کا رنگ بھی خراب ہو جاتا ہے اور عنبیہ کی صفائی میں فرق آجاتا ہے۔ نیلی آنکھ والے افراد میں عنبیہ کا رنگ سبزی مائل یا زردی مائل ہو جاتا ہے، اس کے علاوہ خاکستری بھی ہو سکتا ہے۔ حدقہ عین بند یا غائب ہو جاتا ہے۔ خزانہ مقدم کی گہرائی طبعی حالت سے کم ہو جاتی ہے۔ توترعین بھی کم ہو جاتا ہے۔ حدقہ عین کے اندر ترشحات اور زجاجیہ کے اندر سحابی کیفیت کی وجہ سے بینائی بہت کمزور ہو جاتی ہے۔ جب التہابی اجزاء سکڑتے ہیں تو شبکیہ اپنی جگہہ سے اُکھڑ جاتا ہے۔ اُس وقت توترعین نمایاں طور پر کم ہو جاتا ہے۔ آنکھ کو دبانے پر درد ہوتا ہے اور آنکھ کا حجم طبعی حالت سے بہت جلد کم ہونا شروع ہو جاتا ہے۔ آنکھ دبانے پر نرم معلوم ہوتی ہے اس نرم آنکھ پر عضلات چشم کا دباؤ پڑنے کی وجہ سے گہرے گڑھے پڑ جاتے ہیں۔ گویا کہ مضروب یا مجروح آنکھ اب بیٹھ جاتی ہے اور بینائی ختم ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ مذکورہ تمام مدارج کے طے ہونے میں ۳ یا ۴ ہفتے لگیں، یا اس سے بھی زیادہ وقت میں ان تمام فسادی تغیرات کی تکمیل ہو۔

مضروب آنکھ کے اندر طریق ہدبی وشیمی کا مکون التہاب شروع ہونے سے دوسری آنکھ میں شرکی التہاب کا خطرہ بڑھ جاتا ہے اس کے باوجود دوسری آنکھ کے اندر التہاب پیدا ہونے میں دیر لگتی ہے۔ اور یہ خطرہ اُس وقت تک قائم رہتا ہے جب تک مضروب آنکھ کے اندر حاد حالت باقی رہے۔ بلکہ اس کے زائل ہونے کے بعد بھی یہ خطرہ باقی رہا کرتا ہے۔ یہاں تک کہ آنکھ کے بیٹھ جانے کے برسوں بعد تک اس سے اطمینان نہیں حاصل ہوتا۔

بیٹھی ہوئی آنکھ ممکن ہے کہ التہاب شرکی کا سبب ہو ایسی آنکھوں کے ہدبی مقام کو دبانے سے درد ہوتا ہے جس کا مطلب یہ ہے کہ اس آنکھ کے جسم ہدبی کے اندر التہاب موجود ہے۔ اور یہ حالت زبردست خطرہ کی خبر دیتی ہے۔ اسی کے ساتھ یہ بھی یاد رکھنا چاہیے کہ ایسی آنکھ کو دبانے پر درد کا نہ ہونا اس امر کی دلیل

نہیں ہے کہ اس آنکھ میں التہاب طریق ہدبی موجود نہیں ہے۔ کیونکہ اس امر کا امکان ہے کہ التہاب ہدبی بقدر خفیف موجود رہے کہ جو فی نفسہ ایک خطرناک حالت ہو۔ اور یہ بھی ممکن ہے کہ صلبیہ سے اُس مقام پر جسم ہدبی جہاں کہ یہ لگا ہوتا ہے بالکل الگ ہو جائے اور دباؤ کا اثر جسم ہدبی تک بالکل نہ پہونچے جس کی وجہ سے درد بھی محسوس نہ ہو۔

اگر کسی آنکھ کے اندر کوئی جسم غریب داخل ہو جائے اور اس کے اندر فعال التہاب پیدا کر دے تو کوئی ضروری نہیں کہ اس کی وجہ سے دوسری آنکھ میں شرکی التہاب پیدا ہو جائے۔ کیونکہ ایسا ہو سکتا ہے کہ ایک مطہر جسم آنکھ کے اندر پہونچکر حاد التہاب پیدا کر دے اور چونکہ یہ جراثیمی تلوث سے پاک ہے، لہذا اس کی وجہ سے دوسری آنکھ میں شرکی التہاب پیدا نہ ہو۔ مگر ایسے غریب اجسام شاذ ونادر ہی ہوتے ہیں، جن کے متعلق ہم کہہ سکیں کہ وہ مطہر اور جراثیم سے پاک وصاف تھے۔ لہذا قاعدہ کلیہ کے طور پر ہم کہہ سکتے ہیں کہ آنکھ کے اندر غریب اجسام کا پایا جانا چھیدنے والے زخم کے ساتھ خطرات کو بڑھا دیتا ہے۔

حوادث کے طور پر آنکھ پر جراحت وخزیہ کا پہونچنا اور غریب اجسام کا اس کے اندر داخل ہونا۔ یا جرحی اعمال کے سلسلہ میں قرنیہ یا صلبیہ کے اندر زخم کا پیدا کرنا بالخصوص وہ زخم جو کہ موتیا بند کے اعمال جرحیہ کے سلسلے میں بنایا جاتا ہے، ان سبھوں کے بعد طریق ہدبی ومشیمی کے التہاب کا امکان ہے۔ اور اس کی وجہ سے دوسری آنکھ میں شرکی التہاب کا شروع ہونا بھی ممکن ہے۔ موجودہ زمانہ میں چونکہ کامل تطہیر ممکن ہے اور معالج اس پر پوری طرح عمل کرتا ہے، لہذا اعمال جرحیہ کے بعد التہابی حالتیں باعتبار زمانہ سابق کے بہت کم دیکھنے میں آتی ہیں۔

قرنوی قروح کی وجہ سے قرنیہ کے اندر سوراخ ہو جاتے ہیں۔ جن کی وجہ سے بعض اوقات طریق ہدبی و مشیمی کا التہاب شروع ہو جاتا ہے اور اس کے بعد دوسری آنکھ میں شرکی التہاب کا پیدا ہونا ممکن ہوتا ہے مگر ایسا بہت کم ہوا کرتا ہے تاہم ہر قرنوی قرحہ کے ساتھ کم وبیش التہاب عنبیہ ضرور ہوتا ہے۔ بالخصوص اُن قروح میں جن کے اندر سوراخ ہو جائے۔

اب ایک اہم سوال یہ باقی رہتا ہے کہ اگر ایک آنکھ کے اندر کون التہاب جسم ہدبی ومشیمی بغیر کسی

چھیدنے والے زخم کے پیدا ہو یا کسی قرنوی قرحہ کے اندر سوراخ ہو جانے سے اس کی ابتدا ہو جائے تو یہ التہاب دوسری آنکھ میں شرکی التہاب پیدا کر سکتا ہے یا نہیں ؟ اور کس حد تک دوسری آنکھ میں مذکورہ التہاب پیدا ہو سکتا ہے۔

آنکھ کے اندرونی سلعات جو کہ صلبیہ میں "سوراخ کر کے باہر نہ نکلیں خاصکر طبقہ مشیمیہ کا "سلعہ لحمیہ حبشیہ" اکثر طریق ہدبی کا التہاب پیدا کر دیتے ہیں جس کی وجہ سے دوسری آنکھ میں شرکی التہاب شروع ہو سکتا ہے اور ان سلعات میں اکثر نکروزی حالت شروع ہو جاتی ہے۔

مقلۂ عین کا چوٹ لگنے کی وجہ سے پھٹ جانا ۔ جو کہ اکثر ہدبی مقام پر ہوا کرتا ہے اس کے ساتھ ملتحمہ نہیں پھٹتا، دوسرے الفاظ میں اس کا مطلب یہ ہوا کہ زیر ملتحمہ مقلہ عین کا پھٹنا بعض اوقات مشاہدہ میں آتا ہے اکثر اس حالت میں آنکھ کے اندر التہاب بالکل نہیں پیدا ہوتا اور نہ خراش رونما ہوتی ہے ، کیونکہ مقلہ عین پر ملتحمہ بالکل صحیح وسالم رہتا ہے جس کی وجہ سے جراثیم آنکھ کے اندر داخل نہیں ہو پاتے ۔ اسی لئے ہم کہہ سکتے ہیں کہ ایسے حادثہ سے آنکھ کے اندر شرکی التہاب نہیں پیدا ہوتا ۔ ان حالتوں میں شاذ و نادر طور پر ایسا بھی دیکھا گیا ہے کہ مضروب آنکھ میں طریق ہدبی و مشیمی کا التہاب شروع ہوا اور اس کے بعد دوسری آنکھ میں شرکی التہاب بھی پیدا ہو گیا ۔ لیکن اس کی وجہ ہمارے خیال میں یہ ہے کہ ان مریضوں کی آنکھ میں چوٹ کی وجہ سے ملتحمہ کے اندر خفیف تفرق اتصال ضرور ہو جاتا ہے جس کے راستے سے جراثیم آنکھ کے اندر داخل ہو جاتے ہیں اور بالآخر یہ التہابی حالت پیدا کر دیتے ہیں۔

سوزاکی التہاب ملتحمہ میں بھی شرکی التہاب پیدا ہوتے دیکھا گیا ہے ۔ مگر ان مریضوں کی آنکھ میں سوزاکی التہاب کے ساتھ قرنوی قروح بھی موجود تھے جن میں سوراخ ہو گیا تھا ۔ لہذا ان صورتوں میں آنکھ کے اندر سوزاکی جراثیم کے علاوہ دوسرے جراثیم بھی داخل ہو گئے ہونگے ۔

(۲) **مشارک آنکھ کی حالت** ۔ مرضی کیفیت سوائے چند مستثنیٰ صورتوں کے جیسا کہ ہم پہلے بیان کر چکے ہیں مشارک آنکھ میں ہمیشہ طریق ہدبی و مشیمی کے مکون التہاب کی صورت اختیار کرتی ہے مگر یہ التہاب صدیدی کبھی نہیں ہوتا ۔ اور ہمیشہ اس کی ابتدا طریق ہدبی و مشیمی سے ہوتی ہے یا یہ بھی کہا

جاسکتا ہے کہ امتحان کے وقت سب سے پہلے یہ التہاب نظر آتا ہے۔

جن مستثنیٰ صورتوں کا ہم نے ذکر کیا ہے اُن میں سب سے پہلے التہاب عصب باصرہ (قرص بصری) شروع ہوتا ہے اور یہ شرکی التہاب کی پہلی علامت ہوتی ہے، طریق ہدبی و مشیمی کا التہاب اس کے بعد شروع ہوتا ہے شاذ و نادر یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ اس شرکی التہاب کی صرف ایک اور واحد علامت التہاب عصب بصری ہوتا ہے اور طریق ہدبی و مشیمی بالکل صاف و غیر ماؤف ہوتا ہے۔ بعض ماہرین کا یہ بھی خیال ہے کہ شرکی التہاب کی پہلی علامت التہاب قرص بصری اُسی وقت سمجھا جا سکتا ہے جبکہ ہم زجاجیہ کے اندر سحابی کیفیت کے بڑھ جانے اور حدقہ کے اندر ترشحات کی وجہ سے روشنی کے راستے میں رکاوٹ پیدا ہونے سے پہلے اس کا معائنہ کریں۔

قرص بصری کا التہاب جو شرکی التہاب والی آنکھوں میں دیکھا جاتا ہے وہ حقیقتاً قرص بصری کا احتقان ہوتا ہے جس میں قرص بصری زیادہ متورم نہیں ہوتی مگر اس کے کنارے پر دھنکی ہوئی روئی کے ہلکے گالے کا ایسا رنگ دکھائی دیتا ہے۔ اور یہ سحابی کیفیت اُس کے چاروں طرف شبکیہ میں بھی کچھ دور تک پھیلی ہوئی معلوم ہوتی ہے۔ وریدیں ٹیڑھی ہو جاتی ہیں اور شرائین طبعی حالت میں ملتی ہیں، بینائی بڑی حد تک خراب ہو جاتی ہے اور اکثر شدید قسم کا درد سر بھی ہوتا ہے۔ اگر صرف التہاب قرص بصری موجود ہو اور دوسری علامتیں بالکل نہ پائی جائیں تو بھی آنکھ کو نکال دینا چاہیے۔ کچھ دنوں کے بعد التہاب عصب باصرہ کی تکالیف پر اس کا بہتر اثر نمایاں ہو جاتا ہے۔

دوسری آنکھ میں شرکی التہاب کی علامات مندرجہ میں سے کوئی قابل اعتبار نہیں کہ جس کی بنا پر ہم یہ کہہ سکیں کہ التہاب طریق ہدبی و مشیمی شروع ہو گیا ہے۔ یہ بیان کیا جا چکا ہے کہ اکثر مریضوں میں شرکی خراش شرکی التہاب سے پہلے شروع ہو جاتی ہے مگر یہ ضروری نہیں کہ ہمیشہ ایسا ہی ہو۔ اور نہ یہ ضروری ہے کہ جب شرکی التہاب پیدا ہو تو اس کے بعد طریق ہدبی و مشیمی کا شرکی التہاب شروع ہو جائے۔

آنکھ کے اندر طریق ہدبی و مشیمی کا التہاب شروع ہونے کی ابتدائی علامتیں مندرجہ ذیل ہیں۔

قرنیہ کی مؤخر سطح پر رسوبی نقاط کا ظہور۔ اکثر و بیشتر یہ سب سے پہلی علامت ہوتی ہے۔

قرنیہ کے چاروں طرف خفیف احتقان دموی۔

خزانہ مقدم میں خفیف گندلا پن۔

عنبیہ کے سطحی نقشہ کے رنگ اور اُس کی صفائی میں فرق۔

حدقہ عین کا انقباض۔ مگر ابھی تک مؤخر الصاقات نہیں پیدا ہوتے۔

زجاجیہ میں خفیف سحابی حالت دکھائی دیتی ہے۔ جس کی وجہ سے کبھی بینائی پر خراب اثر پڑتا ہے۔

اس کے بعد ہی بہت جلد الصاقات پیدا ہونا شروع ہو جاتے ہیں۔ شدید حالتوں میں یہ الصاقات نہ صرف حدقی کنارے اور غلاف عدسی کے درمیان پیدا ہوتے ہیں بلکہ تھوڑی دیر کے بعد عنبیہ کی تمام موخر سطح غلاف عدسی سے ملتصق ہو جاتی ہے جس ترشح سے یہ الصاقات پیدا ہوتے ہیں وہ عنبیہ کو آگے کی طرف دھکیل دیتا ہے جس کی وجہ سے خزانہ مقدم کی گہرائی کم ہو جاتی ہے۔ بالآخر جب فائبرین (لیفین) کی وجہ سے یہ ترشح سکڑنا شروع ہوتا ہے تو عنبیہ کے پیچھے ہٹ جانے کی وجہ سے خزانہ مقدم محیطی حصہ میں گہرا ہو جاتا ہے۔

عنبیہ میں زیادہ تبدیلیاں رونما ہوتی ہیں اس کا نقشہ زیادہ بھدا دمیلا ہو جاتا ہے اور صاف معلوم نہیں ہوتا اس کے اندر بڑے عروق دموی نمایاں ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات خزانہ مقدم میں کاذب ارتشاح صدیدی بھی دیکھا جاتا ہے جو اُس فائبرین کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے جو کہ خزانہ مقدم میں تیر رہی ہو جس کا کچھ حصہ نیچے بیٹھ جاتا ہے۔

اس حالت میں تو ترعین بڑھ جاتا ہے اور اکثر اس میں بہت زیادتی ہو جاتی ہے کیونکہ خزانہ مقدم کا زاویہ التہابی ترشحات کی وجہ سے بند ہو جاتا ہے۔ یہ زرق المائی حالت بعض اوقات بہت تکلیف دہ ثابت ہوتی ہے۔ اور بہت زیادہ الصاقات کی وجہ سے "ایسرین" اور "پیلوکارپین" کا ڈالنا بے سود ثابت ہوتا ہے اس حالت میں قطع عنبیہ کا عمل انجام دینے کے لئے معالج بہت بے قرار ہوتا ہے۔ لہذا یہ بتا دینا ضروری ہے کہ اگر ان حالات میں قطع عنبیہ کا عمل انجام دیا جائے تو کوئی اور غلطی اس سے زیادہ اہم نہ ہوگی کیونکہ اسوقت قطع عنبیہ سے بجائے فائدے کے نقصان پہونچتا ہے۔

عینی الصاقات اور عنبیہ کی نسیجوں کے خراب ہونے کی وجہ سے ممکن ہی نہیں کہ اس صورت میں تشفی بخش طریقہ پر قطع عنبیہ کا عمل انجام دیا جا سکے۔ اگر اس عمل سے تو ترعین ایک روز کے واسطے کم بھی ہو جائے

تو بھی یہ کچھ مفید نہ ہوگا کیونکہ دو روز کے بعد پھر تو ترعین بڑھ جائیگا جس کی وجہ یہ ہے کہ قطع عنبیہ کے مقام پر ترشحات جمع ہو کر پھر اُس کو بند کر دیں گے - اور عمل جرحی کا صدمہ التہاب میں مہمیز کا کام دیگا -

اس کے بعد کے مدارج میں آہستہ آہستہ قرنیہ غیر شفاف ہو جاتا ہے - کیونکہ اس کی موخر سطح پر رسوبی نقاط کی وجہ سے یہ سحابی کیفیت آہستہ آہستہ زیادہ ہوتی جاتی ہے - جو کہ بالآخر اس کو غیر شفاف بنا دیتی ہے - عدسہ کے اندر موتیا بند کی حالت پیدا ہو جاتی ہے - کچھ دیر کے بعد تو ترعین کی زیادتی کم ہو جاتی ہے - اور آہستہ آہستہ زجاجیہ کے سکڑنے کی وجہ سے تو ترعین طبعی حالت سے گرنا شروع ہو جاتا ہے - بصارت جو پہلے ہی سے خراب ہو چکی ہے اب اور بھی خراب ہو جاتی ہے مقلہ عین طبعی حجم سے چھوٹا ہو جاتا ہے اور دبانے سے نرم معلوم ہوتا ہے - اس کے بعد مقلہ عین بیٹھ جاتا ہے اور آنکھ بالکل اندھی ہو جاتی ہے ان تمام مدارج کے طے ہونے میں ممکن ہے کہ بہت زیادہ وقت لگے جیسا کہ بعض اوقات مہینوں لگ جاتے ہیں - یہ بھی ممکن ہے کہ آنکھ کی حالت کچھ بہتر ہو جائے اور کچھ دنوں کے بعد دوبارہ مرض کا اعادہ ہو ہر صورت نتیجہ یہی ہوتا ہے کہ آنکھ خراب ہو جاتی ہے -

شاذ و نادر حالتوں میں طریق ہدبی ومشیمی کا شرکی التہاب شدید درد - ملتحمہ کے نیچے شدید احتقان دموی کی وجہ سے انتفاخ ملتحمہ ا جفان کے ورم کے ساتھ شروع ہوتا ہے اور بہت جلد آنکھ بیٹھ جاتی ہے -

علاوہ ازیں ایسے مرضی حالات بھی مشاہدہ کئے جاتے ہیں جن میں مرض کی شدت کم ہوتی ہے ان میں موخر الصاقات مکمل طور پر نہیں پیدا ہوتے صرف حدقی کنارہ ملتصق ہو جاتا ہے - ان حالات میں ممکن ہے کہ مرض نسبتاً خفیف رہے -

مذکورہ بالا حالات سے کم شدید حالت وہ دیکھی جاتی ہے جس میں صرف ذیل کی علامتیں پائی جاتی ہیں

(۱) قرنیہ کی موخر سطح پر رسوبی نقاط -

(۲) خزانۂ مقدم کی گہرائی زیادہ ہو جاتی ہے - مگر التہاب عنبیہ بالکل غائب ہوتا ہے -

رسوبی نقاط پہلے اسقدر خفیف اور باریک ہوتے ہیں کہ جب تک بڑی طاقت کا عدسہ ان کو دیکھنے کے لئے استعمال نہ کیا جائے نظر نہیں آتے یا عدسہ کے علاوہ ان کو قرنوی خوردبین سے دیکھا جا سکتا ہے، اس قسم کے التہاب کو ہم "شرکی مصلی التہاب طریق ہدبی ومشیمی،، کہتے ہیں - اور اس کا انذار مرض بہتر ہوتا ہے،

صرف ایک خطرہ اس حالت میں یہ ہوتا ہے کہ کہیں توترئین نہ بڑھ جائے لیکن اس خطرہ سے محفوظ رہنے کے لئے بھی معالج کو قطع عنبیہ کا عمل نہ کرنا چاہیے، کیونکہ اس عمل سے خفیف حالت بھی خطرناک صورت اختیار کر سکتی ہے۔

اس مخصوص التہاب طریق ہدبی و مشیمی کے علاوہ ایسے مریض بھی ملتے ہیں جن میں فائبرین کی وجہ سے موخر الصاقات پیدا ہو جاتے ہیں جو کہ صرف حدقی کنارے تک محدود رہتے ہیں۔ اس حالت میں مشیمیہ کے اندر بھی زردی مائل سفید ترشحات ملتے ہیں۔ اس حالت کو (Sympathetic disseminated chor oiditis) شرکی منتشر التہاب مشیمیہ کہتے ہیں۔

بعض مریضوں میں عنبیہ التہاب سے بالکل محفوظ ہوتا ہے، صرف مشیمیہ ہی ملتہب ہوتا ہے۔ ایسی آنکھ میں خراش زیادہ نہیں ہوتی اور نہ اس میں بینائی کا زیادہ ماؤف ہونا ضروری ہے۔

قرنیہ کی موخر سطح کے رسوبی نقاط آہستہ آہستہ بڑھتے جاتے ہیں۔ جس سے بینائی پر کچھ اثر پڑتا ہے۔ اگر توترئین نہ بڑھے تو تمام علامتیں آہستہ آہستہ غائب ہو جاتی ہیں۔ اور آنکھ طبعی حالت پر لوٹ آتی ہے۔ مرض کا اعادہ مہینوں کے بعد بھی ممکن ہوتا ہے۔ اور مرضی حالت ایسی خراب بھی ہو سکتی ہے جس میں کون التہابی یعنی ترشحات پائے جاتے ہیں۔ گویا کہ ایسے خفیف مرضی حالات میں بھی معالجہ میں بہت غور و خوض کی ضرورت ہے انذار مرض کے متعلق بھی فیصلہ بہت غور و فکر کے بعد کرنا چاہیے۔

(۳) مضروب آنکھ کو صدمہ پہونچنے اور اس کے بعد دوسری آنکھ میں شرکی التہاب پیدا ہونے کی مدت ۔ (کے متعلق ضروری معلومات) گزشتہ تمام تجربات کی بنا پر ہم جو کچھ کہہ سکتے ہیں وہ صرف یہ ہے کہ مضروب آنکھ کو ضرب پہونچنے سے لیکر دوسری آنکھ میں شرکی التہاب کے پیدا ہونے تک کم از کم ۱۴ روز کا وقفہ ہو سکتا ہے۔ ایسے مریضوں کی تعداد بہت کم ہے جن میں مرض کا آغاز ۱۴ روز کے بعد ہوا ہو۔ مریض کے واسطے ضرب کے بعد چھٹے ہفتے سے لے کر بارھویں ہفتے تک کا وقت بہت خطرناک ہوتا ہے۔ ۲۰۰ مریض جن کا بغور مطالعہ کیا گیا اُن میں سے ۱۷۰ ایسے تھے کہ جن کی آنکھ میں جراحت دخزیہ کے بعد ایک سال کے اندر ہی دوسری آنکھ میں شرکی التہاب شروع ہوا۔ اور صرف بارہ ۱۲ مریض ایسے تھے جن میں اس وقفہ کی مدت ایک سال سے زائد تھی۔ یہ وقفہ زیادہ سے زیادہ ۲۰ سال تک بھی دیکھا گیا ہے۔

(۴) **مریض کی عمومی حالت** ۔ مختلف نوعی امراض کے عدوی مثلاً آتشک، روماٹزم، تدرن، ذیابیطس کی وجہ سے ایک آنکھ کے اندر اگر التہاب طریق ہدبی ومشیمی پیدا ہو تو ضروری نہیں کہ دوسری آنکھ اس سے مامون ومصئون رہے بلکہ ممکن ہے کہ اس کی وجہ سے دوسری آنکھ میں ایک قسم کا مکون التہاب شروع ہوجائے۔ اسی لئے اس قسم کے مرض میں تشخیص کے لئے ضروری ہے کہ مرض کے متعلق تحقیق کرلیا جائے کہ آیا یہ مرض کسی عمومی مرض کا نتیجہ تو نہیں ہے۔ کیونکہ ان حالات میں علاج بالکل جداگانہ ہوگا۔ اور شرکی التہاب کا علاج بالکل دوسری نوعیت کا ہوگا۔

مذکورہ امور سے ظاہر ہے کہ شرکی التہاب چشم کی تشخیص کے سلسلہ میں ذیل کی باتوں کو مدنظر رکھنا چاہئے۔

(۱) **مضروب آنکھ کے متعلق** ۔ مضروب آنکھ میں طریق ہدبی ومشیمی کا التہاب جراحت وخزیہ کے بعد ہوتا ہے صرف وہ شاذ حالتیں اس سے مستثنیٰ ہیں جن میں اس کا سبب سلعہ لحمیہ خبیثیہ ہو۔ اس صورت میں آنکھ کے اندر سوراخ ہونا ضروری نہیں ہے۔

(۲) **شرکی التہاب والی آنکھ کے متعلق** ۔ اس آنکھ میں مکون التہاب جو کہ طریق ہدبی ومشیمی کے تمام حصص کو ماؤف کردے ہمیشہ مزمن صورت اختیار کرتا ہے۔ کچھ عرصہ کے لئے آنکھ کی حالت بہتر ہوجاتی ہے مگر تھوڑے عرصہ کے بعد دوبارہ مرض کا اعادہ ہوتا ہے۔

(۳) **وقفہ جو کہ جراحت وخزیہ کے بعد دوسری آنکھ میں شرکی التہاب کے پیدا ہونے تک صرف ہوتا ہے** ۔ یہ وقفہ کم از کم ۱۴ دن کا ہوسکتا ہے، چھٹے ہفتے سے بارھویں ہفتے میں خطرہ زیادہ پایا جاتا ہے۔ شاذونادر دوسری آنکھ کے اندر شرکی التہاب ایک سال کے بعد بھی لاحق ہوتا ہے۔

(۴) **صحت عمومی کی حالت** ۔ اگر بغور معائنہ کرنے کے بعد معالج کا یہی فیصلہ ہو کہ جسم ہدبی ومشیمی کے التہاب کا کوئی عمومی مرض سبب نہیں ہے تو غالب خیال یہی ہوگا کہ مرض شرکی التہاب طریق ہدبی ومشیمی ہے۔

طریق ہدبی ومشیمی کا شرکی التہاب ہر عمر میں ہوسکتا ہے۔ تاہم یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ بچوں میں اس کا خطرہ زیادہ رہتا ہے۔ اس التہاب میں مبتلا ایسے مریض بھی ملتے ہیں جن کو شدید دردسر کی شکایت ہوتی ہے اور ان کے پلکوں۔ بالوں اور بھوں کا رنگ بالکل بدل جاتا ہے، بہرہ پن بھی ان میں دیکھا جاتا ہے اور دونوں طرف

ہوتا ہے اس کی اکثر حالتیں ناقابل علاج ہوتی ہیں۔

انذار مرض - طریق ہدبی مشیمی کا شرکی التہاب عموماً خطرناک ہوتا ہے مگر بالکل ہی مایوس کن نہیں ہوتا کیونکہ اکثر شدید حالتوں میں اور بیشتر خفیف حالتوں میں طول طویل معالجہ کے بعد مریض کی آنکھ اچھی ہو جاتی ہے بصارت بھی کارآمد حد تک باقی رہتی ہے، مگر جن حالتوں میں شفا حاصل ہوتی ہے، اُن میں اعادہ مرض کا امکان ہوتا ہے - اگر اچھا ہونے کے بعد ایک سال تک آنکھ بالکل ہی محفوظ رہے تو ہم کہہ سکتے ہیں کہ اب اس کا اعادہ نہ ہوگا - قرص بصری کے شرکی التہاب کا انذار مرض بہتر ہوتا ہے، بشرطیکہ مضروب آنکھ کو نکال دیا جائے۔

علاج - شرکی التہاب طریق ہدبی مشیمی کو روکنے کی تدابیر سب سے پہلے ضروری ہیں، اگر مضروب آنکھ میں جراحت اسقدر وسیع ہو کہ بینائی کسی طرح قائم نہ رہ سکے تو ظاہر ہے کہ آنکھ کو بالکل نکال دینا بہترین علاج ہے۔

اگر مضروب آنکھ میں کچھ بینائی باقی رہ جائے تو سب سے پہلے زخم کا مناسب علاج کیا جائے اگر مریض بہت جلد معالج کے پاس پہونچ جائے تو اس درجہ میں یہ علاج مناسب ہے کہ آنکھ کے اندر ثانوی تعدی کو ہر ممکن تدبیر سے روکنے کی کوشش کی جائے، احتیاط سے زخم کو صاف رکھا جائے باہر نکلے ہوئے طریق ہدبی کے حصص کو کاٹ کر الگ کر دیں - اور مناسب حالات میں زخم میں ٹانکے لگا کر سی دیں - مطہر پٹی باندھی جائے، ان مریضوں کو سوڈا سیلی سلاس اتنی مقدار میں دیں کہ مریض اسکو برداشت کر سکے، ۵۰ - ۶۰ گرین تک اس کی خوراک دن میں تین مرتبہ دے سکتے ہیں - اس سے التہابی تمام علامتیں رفع ہو جاتی ہیں - اور ساتھ ہی اس کے مضروب آنکھ کی خراش بھی جاتی رہتی ہے - اگر ان حالات میں مذکورہ اصول پر کاربند نہ ہوں تو آنکھ کو نکالنا پڑتا ہے۔

ان مریضوں کو چند ماہ تک زیر مشاہدہ رکھا جائے تاکہ اس امر کا پتہ چلتا رہے کہ التہاب ہدبی وعینی کی طرف آنکھ کا میلان تو نہیں ہو رہا اگر معالج کے پاس مریض کے آنے سے قبل زخم میں تعدی ہو چکی ہو تو فوراً آنکھ کو نکال دینا اشد ضروری ہے - ایسی صورت میں التواء کسی طرح مناسب نہیں، خواہ وقتی طریقہ پر مضروب آنکھ کے اندر کچھ بینائی قائم ہی کیوں نہ ہو۔

اگر مضروب آنکھ کی بینائی کلیتاً زائل ہو چکی ہے تو معالج کے لئے آنکھ کو بالکل نکال دینے کے سوال میں مشکلات نہ پیش آئیں گی - بعض اوقات مریض اس آنکھ میں تھوڑی بہت بینائی کے موجود ہونے کی وجہ سے اس کو

نکلوانے کے لئے بمشکل تیار ہوتا ہے یا تیار ہی نہیں ہوتا لہٰذا اس کے واسطے مریض کو مجبور کرنا ضروری ہے۔

ضرب وجراحت سے پیدا ہونے والے التہاب طرق ہر بی دشیمی کے بعد کبھی دوسری آنکھ میں شرکی التہاب نہیں بھی پیدا ہوتا جیسا کہ اس کے قبل بیان کیا گیا ہے۔ لیکن ایسا اسی وقت ہوتا ہے جبکہ مضروب آنکھ بہت زیادہ خراب نہ ہوئی ہو۔ ممکن ہے کہ آخر میں کچھ بینائی باقی رہ جائے، لیکن مشکل یہ ہے کہ ان حالات میں کسی خاص صورت میں بھی یہ کہنا ناممکن ہے کہ شرکی التہاب پیدا ہوگا یا نہیں؟ اسی لئے اس اُمید پر التوا کہ شاید ایسی حالت پیدا ہو خطرہ سے خالی نہیں ہے۔ کیونکہ پہلی حالت میں یعنی آنکھ کو نکال دینے پر تو صرف ایک آنکھ کے ضائع ہو جانے کا سوال ہے۔ مگر دوسری حالت میں یعنی نہ نکالنے پر دونوں آنکھوں کے ضائع اور خراب ہو جانے کا امکان ہے۔

بالآخر ہم یہی کہیں گے کہ بعض حالتیں جن میں کسی آنکھ کو جراحت وخزیہ کے بعد ہم نکلوا دیتے ہیں یا نکال دینے کی سفارش کرتے ہیں، ان میں اگر ہم آنکھ کو علاج کے بعد بہتر ہونے کا موقع دیتے تو ممکن تھا کہ دوسری آنکھ میں خرابی یا شرکی التہاب بالکل نہ پیدا ہوتا۔ لیکن یہ امر بھی قابل غور ہے کہ مضروب آنکھ کو نکال دینے کے بعد بھی ۲ ہفتے تک ہم یہ نہیں کہہ سکتے کہ اب دوسری آنکھ شرکی التہاب سے محفوظ ہے یا نہیں؟ کیونکہ اس کے باوجود بعض آنکھوں میں شرکی التہاب اس عرصہ کے اندر پیدا ہو جاتا ہے۔

تمام معالجین چشم کا یہ تجربہ ہے کہ بعض مریضوں میں مضروب آنکھ کو نکال دینے کے بعد بھی دوسری آنکھ میں شرکی التہاب پیدا ہو جاتا ہے، حالانکہ اس عمل جرحی کے وقت دوسری آنکھ بالکل صحیح و سالم ہوتی ہے یعنی اس میں شرکی التہاب کی علامتیں بالکل نہیں موجود ہوتیں، ان حالات میں زیادہ سے زیادہ ۲ ہفتہ کے اندر شرکی التہاب کا ظہور ہوتا ہے۔ اس کے بعد ایسا نہیں دیکھا گیا۔

مذکورہ حالات وخطرات مریض کے لئے بہت زیادہ روح فرسا ہوتے ہیں اور معالج کے لئے بھی بدنامی کا سامان فراہم کرتے ہیں۔ بالخصوص اُس صورت میں جب کہ دوسری آنکھ میں شرکی التہاب ایک روز کے بعد ہی شروع ہو جائے۔ ان باتوں کے باوجود جب دوسری آنکھ میں التہاب شروع ہو جائے تو بھی ہم یہ نہیں کہہ سکتے کہ مضروب آنکھ کا نکالنا فائدہ سے خالی تھا۔ کیونکہ تجربہ سے معلوم ہوا کہ اس حالت میں دوسری آنکھ کے طرق

ہدبی کا شرکی التہاب نہایت خفیف قسم کا ہوتا ہے - اور علاج سے فائدہ بھی ہو جاتا ہے -

جن مریضوں کی مضروب آنکھ نہ نکالی گئی ہو اور دوسری آنکھ میں شرکی التہاب شروع ہو گیا ہو اُن میں ہمارا فرض کیا ہونا چاہیئے؟ سب سے پہلے یہ ضروری ہے کہ مضروب آنکھ کو جلد نکال دیا جائے، بشرطیکہ اس کی بینائی کلیتاً زائل ہو گئی ہو - اور اس کے بہتر ہونے کی کوئی صورت بھی نہ نظر آتی ہو - ایسے حالات میں مضروب آنکھ کو نکال دینے کے بعد دوسری آنکھ میں کوئی نمایاں فرق نہیں ہوتا کیونکہ اس میں التہاب تیزی کے ساتھ جاری رہتا ہے - مگر تجربہ سے ثابت ہوتا ہے کہ مضروب آنکھ کے نکال دینے پر دوسری آنکھ جزئی یا کلّی طور پر ضرور بچ جاتی ہے - بالخصوص جبکہ مضروب آنکھ کو دوسری آنکھ کے اندر شرکی التہاب پیدا ہوتے ہی نکال دیا جائے اگر مضروب آنکھ کو نکالنے میں بہت دیر لگائی جائے یا بالکل ہی نہ نکالی جائے تو مشارک آنکھ نسبتاً زیادہ مریضوں میں اور زیادہ خراب ہو جاتی ہے -

اگر دوسری آنکھ میں شرکی التہاب شروع ہو جائے تو ایسی مضروب آنکھ کو جس میں تھوڑی بینائی بھی موجود ہو نہ نکالنا چاہیئے کیونکہ اس امر کا امکان ہے کہ مشارک آنکھ بالکل خراب ہو جائے اور اس کے باوجود مضروب آنکھ میں کچھ بینائی قائم رہے - لہذا ان حالات میں بہت زیادہ غور و فکر کی ضرورت ہوتی ہے تاکہ اس بات کا صحیح فیصلہ کیا جاسکے کہ آیا مضروب آنکھ کسی حد تک درست ہوسکتی ہے یا نہیں بعض اوقات بیٹھی ہوئی آنکھ بھی جزئی طور پر درست ہو کر کارآمد ہو جاتی ہے -

ماہر شے مر (Schimer) نے مندرجہ ذیل اصول اس کے واسطے بیان کیے ہیں -

جب دوسری آنکھ میں طریق ہدبی و مشیمی کا شرکی التہاب شروع ہو جائے تو مضروب آنکھ کو اُس وقت تک نہ نکالنا چاہیئے جب تک کہ اُس کی بصارت بالکل ضائع نہ ہو چکی ہو - یا جب تک اُس کے اندر احساس نور باقی ہے خواہ وہ دیکھنے کے بالکل ناقابل ہی کیوں نہ ہو - چند ہفتوں سے وہ بہت ہی نرم اور حجم میں کم نہ ہو گئی ہو - یا قرنوی سحابی کیفیت کی زیادتی کی وجہ سے اس کے اندر بصارت تکل کا واپس آنا ممکن نہ ہو - مذکورہ بالا حالات سے قبل مضروب آنکھ کو ہرگز نہ نکالا جائے (آنکھ کو نکالنے کا عمل جرحی جراحیات کے سلسلہ میں ملاحظہ ہو

جب شرکی التہاب دوسری آنکھ میں پیدا ہو جائے، خواہ یہ مضروب آنکھ کو نکالنے سے قبل ہو یا بعد میں

ہر دو صورت میں شرکی التہاب والی آنکھ کا مناسب علاج اشد ضروری ہے۔ "ایٹروپین" ڈالی جائے، گرم تکمیدات کی جائیں، زیر ملتحمہ نمکیں محلول کی تلقیح کی جائے، یہ تلقیحات اس وقت خاص طور پر مفید ہوتی ہیں جب کہ توترعین بڑھا ہوا ہو۔ اس حالت میں آنکھ کے اندر سوراخ کرنا بھی مفید ہوتا ہے، مذکورہ بالا مقامی علاج کے ساتھ زور دار عمومی علاج بھی کیا جائے، یعنی پارے کے مرکبات کو اچھی طرح استعمال کرائیں خواہ سیابی مرہم کی مالش کریں یا گولیاں کھلائیں یا دونوں طریقوں سے پارے کے مرکبات استعمال کرائیں۔ مگر اس امر کا خیال رکھیں کہ پارے کے مرکبات کے استعمال سے منہ نہ آجائے یعنی اس کو اسقدر نہ استعمال کرایا جائے کہ اس کی سمّی علامات نمایاں ہوجائیں، ان حالات میں "سوڈا اسیلی سلاس" زیادہ سے زیادہ مقدار میں دیا جائے یہاں تک کہ ۱۴۰ سے ۱۵۰ گرین تک روزانہ دے سکتے ہیں۔ بعض لوگوں کے تجربہ میں سلور سالن وغیرہ کے مرکبات بھی مفید ثابت ہوئے ہیں۔ لیکن بعض ماہرین کا خیال ہے کہ یہ مرکبات بالکل مفید نہیں ہوتے۔ مریض کی بود و باش گرم ہوادار کمرے میں ہو، کمرے کے اندر اندھیرا رکھا جائے تو بہتر ہے۔ اس علاج کی ہفتوں اور مہینوں ضرورت ہوتی ہے۔ اور مریض کے لئے نہایت تکلیف دہ ہوتا ہے۔ مگر چونکہ علاج کا نتیجہ علاج کے زوردار اور عرصہ دراز تک جاری رکھنے پر منحصر ہے اس لئے بہتر ہے کہ مریض کو سمجھا دیا جائے تاکہ وہ گھبرائے نہیں۔

جب تک خفیف التہاب بھی عنبیہ میں موجود رہے قطع عنبیہ کے اپریشن کا خیال تک نہ کریں۔ زرق الماء توترعین زیادہ ہو گیا ہو تو اُس وقت بھی اس کا خیال رکھیں، وقت سے پہلے آپریشن کرنے سے التہاب از سرنو تیز اور شدید ہوجاتا ہے۔ توترعین کو اگر قطع عنبیہ کے ذریعہ کم بھی کر دیا جائے (حالانکہ یہ عمل فساد عنبیہ و التصاقات کی وجہ سے ناممکن ہوتا ہے) تو بھی جلد توترعین دوبارہ بڑھ جاتا ہے۔

جب التہابی نشانات اور علامات ایک سال تک بالکل غائب رہیں اور اس کی استعداد بالکل نہ پائی جائے جس کی بہترین علامت قرنیہ کے گرد احتقان دموی ہوا کرتا ہے تو بھی اس سے زیادہ وقت تک آپریشن کو ملتوی رکھنا مناسب ہوگا۔ اس وقت قطع عنبیہ اور مصنوعی حدقہ بنانے کا عمل کیا جاسکتا ہے بشرطیکہ یہ بصارت کے لئے زیادہ مفید ثابت ہو۔ اس امر کو بھی مدنظر رکھنا چاہیے کہ ان حالات میں کوئی آپریشن خطرات سے خالی نہیں۔ اور بہ نسبت تندرست آنکھوں کے ایسی ماؤف آنکھوں میں یہ خطرات اور بھی زیادہ بڑھ جاتے ہیں کیونکہ

اس امر کا امکان ہے کہ اس آنکھ کی بینائی باعتبار پہلے کے اور بھی زیادہ خراب ہو جائے اور صرف یہی آنکھ بینائی والی ہو، لہذا مریض کے لئے یہ خطرہ بہت ہی روح فرسا ہوتا ہے۔ لیکن یہ بھی ضرور ہے کہ ان مریضوں میں کامیابی کے فوائد بھی بہت ہوتے ہیں۔ اگر مضروب آنکھ کو نکالنے کا خیال نہ ہو اور شرکی التہاب شروع ہو چکا ہو تو مذکورہ بالا طریقہ پر اس کا مناسب علاج بہت ضروری ہے۔ اس کے ساتھ دوسری آنکھ پر عمل جرحی کے متعلق جو کلی اصول بیان کئے گئے ہیں اُن پر عمل پیرا ہونا لازم ہے۔

تشریح مرضی - اگرچہ مرضی اور تجرباتی کام اس موضوع پر بہت ہو چکا ہے تاہم اس کی تشریح مرضی اب تک پردہ راز میں ہے اس موقع پر ان تمام نظریات کا بیان کرنا باعث طوالت ہوگا لہذا ہم صرف اتنا بتانے پر اکتفا کرتے ہیں کہ کن کن اطراف میں اس موضوع کی تحقیق و تفتیش کا سلسلہ جاری ہے۔

شرکی التہاب والی آنکھ کی خوردبینی ماہیت "ماہر فکس" نے سب سے پہلے بیان کی تھی، اسی ماہر نے اس التہاب کا مقابلہ بھی دوسرے عدوے پیدا کرنے والے جراثیمی التہاب سے کیا تھا۔ موخر الذکر التہاب کو اس نے آنکھ کا اندرونی عفنی التہاب قرار دیا۔ اس التہاب میں تکوّن حالت پائی جاتی ہے جو کہ صرف عینی اور ہدبی سطح تک محدود رہتی ہے۔ اور یہ ارتشاح سوائے صدیدی امراض کے بالآخر موٹے لیفی انسجہ میں تبدیل ہو جاتا ہے جو کہ عدسہ کو گھیر لیتا ہے اور عنبیہ و جسم ہدبی کے ساتھ مضبوط طریقہ پر ملتصق ہو جاتا ہے۔

بخلاف اس کے شرکی التہاب طریق ہدبی و مشیمی ایک ایسی قسم کا التہاب ہے جس میں انسجہ کے اندر تکاثر ہو جاتا ہے اور طریق ہدبی کے تمام انسجہ (عنبیہ، جسم ہدبی و مشیمیہ) کے اندر ارتشاح پایا جاتا ہے۔ ابتدائی مدارج میں طریق ہدبی کے انسجہ میں کریات لمفاوی بہت زیادہ جمع ہو جاتے ہیں۔ ان کے ساتھ مصلی خلیات بھی ہوتے ہیں اور بعد کے مدارج میں جابجا باطنہ خلیات کے جھنڈ پائے جاتے ہیں۔ جن کے ساتھ خلیات عظیمہ بھی ملتے ہیں۔ یہ تمام ردعمل درنی التہاب سے ملتا ہوا معلوم ہوتا ہے۔ خلیاتی ارتشاح کی وجہ سے تمام طریق ہدبی و مشیمی موٹا ہوتا ہے۔ اور یہ خلوی ترشح صلبیہ کے اندر تک نفوذ کر جاتا ہے۔ علاوہ ازیں یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ اس کے ساتھ عفنی التہاب اندرون چشم بھی کبھی پایا جاتا ہے، بالخصوص اُن التہابات میں جن کے پیدا کرنے کا باعث جرثومہ خزیہ نہیں ہوتے۔ ان علامتوں کے ساتھ دوسری علامتوں کا لحاظ کرتے ہوئے بعض ماہرین کا خیال ہے

کہ یہ سب مریض شرکی التہاب چشم میں مبتلا ہوتے ہیں۔

سب سے پُرانا نظریہ جو کہ عصبی انعکاس کو اس مرض کا سبب قرار دیتا تھا غلط ہے، آجکل جس نظریہ پر ماہرین متفق الرائے ہیں وہ یہ ہے کہ شرکی التہاب کسی قسم کے طفیلی اجسام (جراثیم) کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے لیکن اب تک ہم کو اس کا علم نہیں۔ اگر کسی قسم کے جراثیم کو اس کا سبب تسلیم کر لیا جائے تو سوال یہ ہوتا ہے کہ دوسری آنکھ میں یہ التہاب مضروب آنکھ سے کس طرح پہونچتا ہے۔

اکثر ماہرین کا خیال ہے کہ یہ جراثیم عصب باصرہ کے ذریعہ دوسری آنکھ میں چلے جاتے ہیں۔ اور ایسے ماہرین کی تعداد بھی کثیر ہے جن کا خیال ہے کہ عدوی کا انتقال خون کے ذریعہ ہوتا ہے اور خون میں یہ جراثیم یا ان کی سمیت شامل ہو کر دوسری جگہہ پہونچتی ہے اس کے متعلق بعض لوگوں کا خیال ہو کہ یہ ذاتی عدوی کی ایک مثال ہے اور مضروب آنکھ کے اندر جراحت وخزیہ سے پہلے ہی خون میں یہ جراثیم موجود ہوتے ہیں۔

دوسرے ماہرین کا خیال ہے کہ یہ التہاب ایک قسم کا ردعمل ہے جو کہ ذکاوت حس کی وجہ سے مندرجہ ذیل طریق پر رونما ہوتا ہے۔

ملتہب طریق ہدبی ومشیمی کے خلیات کا ضائع ہونا۔ اور ان میں فسادی تغیرات پیدا ہو کر ایک قسم کے البانی اجزار سے مشابہ سمی مادہ کا خارج ہونا جس کا انجذاب نہ صرف تمام جسم میں ذکاوت حس پیدا کرتا ہے بلکہ مقامی طور پر دوسری آنکھ کے طریق ہدبی ومشیمی میں بھی اسی کی وجہ سے ذکاوت حس کا ظہور ہوتا ہے۔ اور اگر کسی قسم کی خراش اس آنکھ کے اندر موجود ہو تو ایسا ردعمل شروع ہو جاتا ہے جو کہ التہاب کی صورت اختیار کر کے طریق ہدبی ومشیمی کو ماؤف کرتا ہے۔

اس میں شک نہیں کہ مذکورہ نظریہ بہت دلچسپ ہے مگر اس پر متعدد اعتراضات وارد ہو سکتے ہیں۔

(۱) یہ امر مسلم ہے کہ جسم کے اندر کے مواد کے انجذاب سے بھی ذکاوت حس پیدا ہو سکتی ہے اور یہ بھی ممکن ہے کہ اس مقامی ذکاوت حس کی وجہ سے ردعمل بھی پیدا ہو۔ یہ حالت اُس ذاتی مواد کی وجہ سے بھی رونما ہو سکتی ہے جو کہ خود آنکھ کے اندر پیدا ہوا ہو اور اس کا ردعمل دوسری آنکھ میں ظاہر ہو۔

مذکورہ طریقہ پر دوسری آنکھ میں ذکاوت حس پیدا ہو کر انجذاب مواد کی وجہ سے ردعمل کے پیدا

ہونے کے امکان کو تسلیم کرنے میں یہ بات ضروری ہے کہ دوسری آنکھ میں کسی ایسے جز کی موجودگی لابدی ہے جو کہ توازن کو خراب کرنے والا ہو۔ اس جزو کے متعلق ماہرین کا خیال ہے کہ یہ امعاء و معدہ سے انجذاب سمیات کی وجہ سے حاصل ہوتا ہے گویا کہ یہی سمیات اس کی ابتداء کی باعث ہیں۔ جس کا بڑا ثبوت ان ماہرین کے پاس یہ ہے کہ اکثر مریضوں کے پیشاب میں "انڈیکین" کا وجود ہوتا ہے۔ مگر ہمارے خیال میں یہ ثبوت تشفی بخش نہیں ہے۔

طریق ہدبی و مشیمی کے شرکی التہاب میں مبتلا مریضوں کے خون کا معائنہ کرنے پر مشاہدہ کیا جاتا ہے کہ ان کے خون کے اندر کریات لمفاوی کا تکاثر موجود ہوتا ہے۔ کریات عظیمہ کی تعداد بھی بڑھ جاتی ہے اور طبعی حالت کے اعتبار سے ان کی زیادتی خاص کر ہوتی ہے چونکہ خون کے امتحان کی تصویر آتشکی مریضوں کے خون کی تصویر سے بالکل مشابہ ہوتی ہے لہٰذا بعض ماہرین کا خیال ہے کہ طریق ہدبی و مشیمی کا شرکی التہاب کسی ایسے جرثومہ سے پیدا ہوتا ہے جو "پروٹوزوآن" (Protozoon) سے مشابہ ہوتا ہے۔

"التہاب کل العین"، "صدیدی التہاب اندرون چشم"

(Panophthalmitis)

یہ التہاب اکثر و بیشتر جراثیم سے ملوث آنکھ کے زخموں کا نتیجہ ہوتا ہے (خواہ یہ زخم اتفاقیہ ہوں یا کسی عمل جراحی کے نتیجہ کے طور پر یا قروح کے اندر سوراخ ہو جانے سے لاحق ہوئے ہوں) اس کے علاوہ تقیح الدم حمیٰ نفاسی، التہاب سحائی، مجہری التہاب منتشرہ، میں عدوی کے تمام سے جراثیم عروق کے ذریعہ آنکھ میں پہونچکر یہ حالت پیدا کر سکتے ہیں۔ لیکن جب جراثیم باہر سے آنکھ کے کسی زخم کے ذریعہ آنکھ میں داخل ہوں تو زجاجیہ سب سے پہلے ماؤف ہوتی ہے اور چونکہ اس میں عروق وغیرہ نہیں ہوتے اس لئے یہ جراثیم کے لئے نہایت مناسب مزرعہ کا کام دیتی ہے یعنی جراثیم کی افزائش اس کے اندر نہایت آزادی کے ساتھ جاری رہتی ہے یہاں تک کہ جسم ہدبی، شبکیہ اور مشیمیہ کا صدیدی التہاب زوروں کے ساتھ شروع ہو کر اپنی اہمیت کو ظاہر

کرتا ہے۔

ذاتی عدوی جس میں کہ جراثیم جسم کے کسی دوسرے مقام سے آنکھ کے اندر پہونچتے ہیں، اس حالت میں شبکیہ کی شریان میں بطور سدہ کے پھنکر یا اسی طرح مشیمیہ کے اندر جراثیمی سدہ کے پھنسنے کی وجہ سے صدیدی التہاب شروع ہوجاتا ہے۔ اور تمام آنکھ پیپ سے بھر جاتی ہے یہاں تک کہ اُس کو نکال دینے کی ضرورت لاحق ہوتی ہے؛ یہ حالت دونوں آنکھوں میں ہوسکتی ہے۔ بہر صورت بخار اور دردِ سر لاحق ہوتا ہے غنودگی طاری رہتی ہے اور بعض اوقات قے بھی ہوتی ہے۔

ذاتی عدوی میں جب کسی عفنی مقام سے جراثیم جذب ہو کر آنکھ کے اندر پہونچتے ہیں تو ان سے تعدی کی مختلف صورتیں ہوتی ہیں۔ اکثر طریق ہدبی یا تو تمامہ ماؤف ہوجاتا ہے یا اُس کے حصص انفرادی طور پر مبتلا ہوتے ہیں۔ جیسا کہ سوزاکی التہاب عنبیہ، خفیف التہاب جسم ہدبی و عنبی اور طریق ہدبی کے خفیف التہاب میں، ہوتا ہے۔ یہ حالت ان سمیّ اجزاء کے انجذاب سے پیدا ہوتی ہے جو کہ خون کے اندر دورہ کرتے ہیں۔ اور کسی جراثیمی مرکز سے جذب ہوتے ہیں۔ مثلاً التہاب لثہ، عورتوں کے اعضاءِ تناسل کے اندر کسی عفنی مرکز سے اس کا انجذاب ہوتا۔

تشریحی معائنہ سے معلوم ہوا ہے کہ جراثیمی سدہ بھی نظام دموی میں جذب ہو کر آنکھ کے اندر داخل ہوجاتا ہے، ایسی صورت میں دو یا تین باتیں اور نمایاں ہوتی ہیں۔ ایک تو یہ کہ مختلف قسم کے جراثیم آنکھ کے اندر مختلف ساختوں کو ماؤف کرتے ہیں۔ مثلاً عصارِ درنیہ کبھی شبکیہ کو ابتدائی طور پر ماؤف نہیں کرتے، مگر مشیمیہ کے تدرن میں ثانوی طور پر شبکیہ ماؤف ہوجاتا ہے۔ دوسرے یہ کہ سوائے شدید سمیت والے عقدی جراثیم کے بقیہ جتنے جراثیم آنکھ کے اندر اس طرح داخل ہوتے ہیں وہ ہلکے قسم کا التہاب پیدا کرتے ہیں۔ مثلاً اگر کرویاتِ ذات الریہ آنکھ کے اندر کسی ضربی جراحت کے ذریعہ داخل ہوں تو آنکھ کلیتاً تباہ و برباد ہوجاتی ہے اور یہ حالت اس حد تک خراب ہوتی ہے کہ غیر مرضی جراثیم بھی اگر آنکھ کے اندر اس جراحت کے ذریعہ داخل ہوجائیں تو بھی التہاب کل العین پیدا ہوجاتا ہے اور جب کرویاتِ ذات الریہ ذاتی عدوی میں کسی دوسرے مقام سے خون کے ذریعہ آنکھ میں پہونچیں تو اگرچہ التہاب نہایت تیزی کے ساتھ شروع ہوجاتا ہے مگر بہت جلد اس کی تیزی کم ہوجاتی ہے

اور انذار مرض بہتر ہوتا ہے، شاید اس کی وجہ یہ ہو کہ دوران خون میں شامل ہونے کی وجہ سے یہ جراثیم کمزور ہو جاتے ہوں۔ کیونکہ خون کے اندر تریاقی اجزاء موجود ہوتے ہیں۔ لہٰذا اس طرح جو التہاب شروع ہوتا ہے اُس کی شدت مختلف مدارج کی ہوتی ہے۔

آج سے قبل یورپ میں جبکہ حمی نفاسی کے متعلق زیادہ معلومات نہ تھیں، اور وضع حمل کے وقت طبی امداد کافی نہ پہونچنے کی وجہ سے زیادہ عورتیں اس بخار میں مبتلا ہوتی تھیں، اس وقت صدیدی التہاب کل العین بھی زیادہ عام تھا، اور اکثر دونوں آنکھیں اس التہاب سے ماؤف ہوتی تھیں، خزانہ مقدم کے اندر ارتشاح ہوتا تھا اور شبکی انعکاس کا معائنہ منظار العین سے کرنے پر زرد رنگ نظر آتا تھا جس کا باعث زجاجیہ کے اندر ریب کا اجتماع ہوتا تھا۔ یہ مرض معمولی اور بیرونی تلوثات جراثیمی کی طرح صدیدی التہاب کل العین پیدا کر کے آنکھ کو ضائع کر دیتا تھا مگر اب ایسے مریض دیکھنے میں نہیں آتے، تاہم ایسے افراد ملتے ہیں، جن کو صدیدی التہاب کل العین کی شکایت لاحق ہوتی ہے، اور ابتدائی مدارج میں اُن کے خزانہ مقدم کے اندر ارتشاح پایا جاتا ہے، جس کے ساتھ طریق ہدبی کا التہاب بھی موجود ہوتا ہے۔

یہ مرض اکثر متعدی امراض بالخصوص ذات الریہ، انفلوانزا، خسرہ، حمی قرمزیہ، التہاب سحائی، اور ہیچش وغیرہ کے ساتھ دیکھا جاتا ہے۔

منظار عین کے ذریعہ معائنہ کرنے پر آنکھ کے شفاف واسطوں پر غیر شفاف سحابی کیفیت طاری ہوتی ہے جس کی وجہ سے زرد شبکیہ دھندلا دکھائی دیتا ہے۔ علاج سے یہ حالت آہستہ آہستہ رو بصلاح ہو جاتی ہے اور کبھی مفید حد تک بصارت بھی باقی رہتی ہے، لیکن اس سے زیادہ شدید حالت میں زوائد ہدبی تباہ ہو جاتے ہیں۔ تو ترعین گر جاتا ہے۔ آنکھ کا حجم رفتہ رفتہ کم ہو جاتا ہے۔ بچوں میں اکثر یہ التہاب "کرویات زوجیہ داخل سل بادم" (Diplococcus intracellularis of weichselbaum) کے عددی کی وجہ سے لاحق ہوتا ہے۔ اور اس کے بعد لیفی ساخت جو کہ ہدبی الاصل ہوتی ہے بہت زیادہ پیدا ہو جاتی ہے اس کی تشخیص حالت مرض میں ورم لیفی عصبی سے مشکل ہوتی ہے۔ اور اس کو ہم کاذب ورم لیفی عصبی میں شمار کر لیتے ہیں۔

کم شدید حالتوں میں ہدبی الاصل یعنی ساخت زجاجیہ میں کم پیدا ہوتی ہے۔ اور شبکیہ میں بھی یعنی ندبی ساخت کم بنتی ہے مگر شبکیہ میں سفید مضمور رقبے ملتے ہیں، اور ایسے رقبے بھی پائے جاتے ہیں جن میں تلوینی فضادات رونما ہوتے ہیں۔ یہ حالت قائم رہتی ہے اور پرانے التہاب کا پتہ دیتی ہے۔ اس سے بھی کم شدید مرضی حالتیں ملتی ہیں، جن میں شبکیہ کے انعکاس کی صورت بالکل ویسی ہی ہوتی ہے جیسی کہ مشیمیہ کے تدرن کی صورت میں ہوا کرتی ہے یا جیسی کہ شبکیہ کی مرکزی ورید کے تخثر کی حالت میں دیکھی جاتی ہے۔

بعض حالتوں میں قرص بصری خاص طور پر ماؤف ہوتی ہے۔ ایسا شدید التہابی صورتوں میں ہوتا ہے جن میں کہ بہت زیادہ انصباب قرص بصری کی حولی انسجہ میں پایا جاتا ہے۔ ان میں سے بعض مریضوں میں جلدی پھوڑے بھی دیکھے جاتے ہیں۔ اور یہ قرین قیاس ہے کہ ان پھوڑوں سے جراثیم عفونیہ جذب ہو کر آنکھ کے اندر پہونچتے ہوں۔ اور اس التہاب کا باعث بنتے ہوں۔ بعض حالتوں میں عدوی پیدا کرنے والے جراثیم کرویات ذات الریہ یا کرویات زوجیہ وانگ سل باد م تھے۔

کبھی ایسے مریض بھی دیکھے جاتے ہیں جن میں مرض کا کوئی خاص سبب نہیں معلوم ہوتا اور ان کی آنکھ میں التہاب شبکیہ کے بعد سفید بقعات یا بیضوی سفید رقبہ جات نظر آتے ہیں، جو کہ اسی کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں۔

قرنیہ کی موخر سطح پر رسوبی نقاط اور نا معلوم موخر الصاقات عنبیہ سے ظاہر ہوتا ہے کہ ذاتی عدوی سے پیدا ہونے والے مقامی التہاب مشیمیہ میں اکثر و بیشتر طریق ہدبی ماؤف ہو جاتا ہے، اسی وجہ سے معائنہ پر یہ حالت نظر آتی ہے۔

اس حالت کا علاج ازالہ سبب ہے، ابتدائی عفنی مرکز کو معلوم کر کے اس کا مناسب علاج کیا جائے، اور ابتدائی مرکز کے جراثیم کا معائنہ کرنے کے بعد علاج کی صحیح نوعیت کا فیصلہ کیا جائے۔

خراب حالتوں میں مریض کو بستر پر لٹا دیا جائے، اور درد میں سکون پیدا کرنے والی دوائیں دی جائیں، اگر آنکھ پیپ سے پر ہو گئی ہو تو اس کو نکال دیا جائے۔

کم شدید حالتوں میں عمومی صحت کو بہتر بنانے کی کوشش کی جائے، آنکھ میں اٹروپین ڈالیں، اور آرام پہونچائیں، سیاہ عینک استعمال کریں۔ کنپٹی پر جونکیں لگائی جائیں، آبلے اٹھائے جائیں۔ ابتدائی عفنی

مرکز کا مناسب علاج کریں، جراثیم کی تشخیص ہو جائے پر دیکسینی تلقیحات کی جائیں۔

باہر سے جراثیم کے داخل ہونے کی صورت میں جس مقام سے یہ جراثیم آنکھ میں داخل ہوتے ہیں اُس کا رنگ زرد ہوتا ہے اور زخم کے اندر کی انسجہ میں نکروزی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ خزانہ مقدم میں ارتشاح ہوتا ہے۔ ملتحمہ میں انسکاب دم ہوتا ہے جسکی وجہ سے وہ منتفخ ہو جاتا ہے۔ قرنیہ کے چاروں طرف کے اور ملتحمی عروق میں احتقان دموی ہوتا ہے۔ اجفان متورم اور سرخ ہو جاتی ہیں۔ آنکھ میں شدید درد ہوتا ہے جو کہ سب سے پہلے التہاب عنبیہ کی وجہ سے ہوتا ہے اور بعد میں اس کی وجہ توتر عین کی زیادتی ہوتی ہے۔ خزانہ مقدم بہت جلد پیپ سے پُر ہو جاتا ہے۔ قرنیہ غیر شفاف ہو جاتا ہے۔ سحابی کیفیت طاری ہوتی ہے اور بالآخر اس میں نکروزی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ بعض اوقات قرنیہ کے اندر ارتشاح حلقہ نما صورت اختیار کرتا ہے جحوظ العین بھی رونما ہو جاتا ہے۔ مقلہ عین کی حرکات محدود اور کم ہو جاتی ہیں، کیونکہ غلاف ٹینان کے اندر التہابی حالت بڑھ جاتی ہے۔

ذاتی عدوی کی وجہ سے جب آنکھ کے اندر کسی دوسرے مقام سے جراثیم پہونچتے ہیں تو اس صورت میں بینائی بہت جلد ضائع ہو جاتی ہے۔ شروع کے مدارج میں شبکیہ کا انعکاس زرد ہوتا ہے۔ اور خزانہ مقدم میں ارتشاح پایا جاتا ہے۔

اگر التہاب کو چھیڑا نہ جائے اور مرض کو اُسی کے حال پر چھوڑ دیا جائے تو آنکھ پھوٹ جاتی ہے اور پیپ باہر کو بہنا شروع ہو جاتی ہے اور آنکھ میں یہ سوراخ قرنوی وصلبی جار اتصال کے ذریعے پیدا ہوتا ہے۔ درد کم ہو جاتا ہے۔ مدت دراز تک آنکھ میں تقیح قائم رہ کر آنکھ سکڑ جاتی ہے۔ انذار مرض خراب ہوتا ہے کیونکہ آنکھ تقریباً ہمیشہ ضائع ہو جاتی ہے۔ اس حالت کے بعد دوسری آنکھ میں شرکی التہاب نہیں پیدا ہوتا۔

ان حالات میں مرض پیدا کرنے والے جراثیم اکثر و بیشتر کرویات ذات الریہ ہوا کرتے ہیں۔ مگر ان کے علاوہ مندرجہ ذیل جراثیم بھی اسکو پیدا کر سکتے ہیں۔

جراثیم عنقودیہ و عقدیہ، عصار قولونی، جراثیم عنقودیہ زرقاء، انکے علاوہ غیر مرضی جراثیم مثلاً "عصا شبلیں"

علاج - عمل جرحی کے بعد اگر زخم جراثیم سے ملوث ہو جائے تو شروع کے مدارج میں عددی کے فسادی تغیرات کو روکنے کے لئے زخم کے کناروں کو مکواۃ جدیدیا کاربالک ایسڈ سے جلا دیا جاوے۔ خزانہ مقدم کو ہائیڈروجن پراکسائڈ سے دھوئیں اور اس کے اندر خوب اچھی طرح آیوڈوفارم بھریں، گرم تکمید کریں، کنپٹی پر جونکیں لگائیں۔ ... ۵ میں ۱ کی طاقت کا مرکری کا محلول ۱ سے ۲ سی سی تک اندرون ورید تفتیح کریں، دودھ یا اولان (Aolan) کی عضلی تلقیحات دی جائیں۔

جب بالکل یقین ہو جائے کہ آنکھ کسی طرح نہیں بچ سکتی تو عمل جرحی کے ذریعہ نکال دیں۔ اس کے واسطے زیادہ انتظار کرنا غلطی ہے یہ بھی خیال رہے کہ عمل جرحی کے دوران میں آنکھ پر زیادہ دباؤ نہ پڑے ورنہ پیپ خارج ہو کر زخم کو ملوث کردے گی، جس سے التہاب سحائی کے پیدا ہونے کا اندیشہ ہے، اور مریض کی جان خطرے میں پڑ جائیگی، اسی خطرے کو مدنظر رکھکر بعض معالجین اس درجہ میں آنکھ کو نہیں نکالتے، بلکہ اس وقت آنکھ کے اندر صلیبی شکل کا ایک شگاف دے کر پیپ کو خود خارج ہونے کا موقع دیتے ہیں، معطر پٹی باندھ دیتے ہیں یہاں تک کہ آنکھ سکڑ جاتی ہے اور پھر حالت سکون میں آنکھ کو نکالنے کا عمل جرحی انجام دیتے ہیں۔

اگر التہاب کل العین کی وجہ سے آنکھ کو نکالنے کا عمل جرحی انجام دیا جائے اور دوران عمل میں آنکھ پھٹ جائے تو مقلہ عین میں پوری طرح شگاف دیدیں اور اس کے اندر کی ساختوں کو جرحی چمچہ (ملعقہ) سے نکال دیں، اس کے بعد صلبیہ کے اندر ... ایس ا کی طاقت کا مرکری محلول ڈال کر بخوبی اسکو دھوئیں اسکے بعد ملتحمہ کو ... ۵ میں ا کی طاقت والے محلول سے دھو کر صلبیہ کو یا تو فوراً بالکل نکال دیں یا کچھ دنوں تک انتظار کرنے کے بعد نکالیں۔

امراضِ محجر

(Diseases of the orbit)

ہر شخص کی آنکھ کی وضع محجر کے اندر مختلف ہوتی ہے۔ مگر اکثر یہی دیکھا جاتا ہے کہ آنکھ کا مقدم اور باہر نکلا ہوا حصہ جو کہ قرنیہ کے مرکز سے مطابقت کرتا ہے اُس خط سے کسی قدر باہر کو نکلا رہتا ہے جو کہ محجر کے بالائی کنارے سے

اس کے زیرین کنارے تک کھینچا جاوے، لہٰذا اگر کوئی مسطر اس خط پر رکھا جاوے تو یہ بند آنکھ کی جفن کے بیرونی حصّہ سے چھوتا رہیگا اور اس کا بہت خفیف دباؤ آنکھ کی جفن پر پڑے گا۔

جحوز العین۔ Exophthalmos (مقلہ عین کا باہر کی طرف اُبھرا ہونا) جحوز العین کی حالت اُن لوگوں میں اکثر پائی جاتی ہے جن کی آنکھ کسی وجہ سے باہر کی طرف ہٹ گئی ہو۔ اس صورت میں آنکھ جانبی اور عمودی وضع میں بھی اپنی جگہ سے ہٹ جاتی ہے۔ جحوز العین کی معمولی حالت میں دونوں آنکھوں کی نسبتی وضع کا امتحان مریض کے پیچھے اس کے سر کے اوپر سے نیچے کی طرف دیکھکر ممکن ہوتا ہے۔ جحوز العین کی حالت میں آنکھ کے اُبھار کو ناپنے کے لئے مختلف آلات ایجاد کئے گئے ہیں جن میں سے ماہر ہرٹل Hirtel کا آلہ سب سے بہتر ہے۔ صادق جحوز العین کے اسباب ذیل میں بیان کئے جاتے ہیں۔

(۱) مجری انسجہ کا حجم میں بڑھ جانا یا مجری کی خلار کا کم ہو جانا۔

(۲) شدید قصر البصر میں مقلہ عین کا حجم میں بڑھ جانا۔

(۳) مقدم انتفاخ قرنیہ جس میں کہ قرنیہ باہر کی طرف پھول جائے۔

مجری عضلات میں سے کئی ایک عضلات کا استرخا یا اُن کے طبعی تناؤ کی کمی، اس صورت میں خفیف درجہ کا جحوز العین رونما ہوتا ہے مگر اس حالت کو صادق جحوز العین نہیں کہتے۔

بعض موٹے اور فربہ آدمیوں کی آنکھ طبعی طور پر باہر کو اُبھری ہوئی معلوم ہوتی ہے۔

کوکین کے استعمال سے اجفان کا پیچھے کو ہٹ جانا۔ یہ حالت "دگھیگا" کے ابتدائی مدارج میں بھی دیکھی جاتی ہے۔ اس کے علاوہ دوسری صورتوں میں بھی جحوز العین سے مشابہ حالت پائی جاتی ہے مگر حقیقتاً ان صورتوں میں آنکھ طبعی حالت سے زیادہ باہر کو نکلی ہوئی نہیں ہوتی۔

صادق جحوز العین میں مجری انسجہ کے حجم میں زیادتی کی وجہ سے جو حالت پیدا ہوتی ہے اُس کا باعث ان انسجہ کے اندر التہابی ترشح ہے جیسا کہ التہاب منتشرہ میں ہوتا ہے۔ حجمی سلعات، عروقی امراض، مثلاً مجری شریانی وریدی انورسم یا جوف کھفی کا تخثر (سدہ) نزف الدم یا ضرب کی وجہ سے تقیح، بھی صادق جحوز العین کا باعث ہوتے ہیں۔ مجری خلار کے چھوٹے ہو جانے سے جحوز العین اُسوقت لاحق ہوتا ہے جبکہ انفی تجاویف کے امراض میں

مجر ماؤف ہوجاتا ہے یا کھوپڑی کی ہڈیاں بہت زیادہ اونچی ہوجاتی ہیں اکثر ایک آنکھ میں جحوز العین کی حالت پیدا ہوتی ہے مگر دونوں آنکھوں میں بھی ہوسکتی ہے جیسا کہ گھیگا میں یا جوف کھفی کے تخثر کے آخری مدارج میں یا جب تمام تجاویف میں التہاب پیدا ہوجائے یا مجر کے دونوں طرف یکساں سلعہ نمودار ہو، ان سب صورتوں میں دونوں آنکھوں میں جحوز العین کی شکایت لاحق ہوتی ہے۔

مجر میں آنکھ کا دھنس جانا۔ (Enophthalmos)

باعتبار جحوز العین کے یہ حالت بہت کم دیکھنے میں آتی ہے اور اس کے ساتھ اکثر ظاہری طور پر فتحۃ العین چھوٹا دیکھا جاتا ہے بعض اوقات بہت زیادہ لاغری میں بھی آنکھ مجر کے اندر دھنس جاتی ہے جیسا کہ وبائی ہیضہ میں ہوتا ہے۔ شرکی اعصاب کا استرخا عصب وجی کے ایک جانب کے استرخا میں بھی ایسا ہوتا ہے۔ مگر نمایاں طور پر بہت زیادہ مجر کے اندر آنکھ کا دھنس جانا اس وقت ہوا کرتا ہے جبکہ آنکھ پر گھونسا مارا گیا ہو یا شدید چوٹ لگی ہو۔ یا مجر کے زیرین کنارے پر شدید ضرب پہونچی ہو۔ ماہرین کا خیال ہے کہ اس حالت میں چوٹ کے بعد مجری انسجہ کا ضمور، خلف مقلی انسجہ کے اندر یعنی ندبی ساخت کا سکڑنا یا عضلہ ملر کا استرخا جو کہ شرکی اعصاب کی ضرب سے رونما ہوتا ہے اس کا باعث بنتا ہے بعض اوقات مجری دیواروں میں سے کوئی حصہ کسر کی وجہ سے اپنے طبعی مقام سے دب جاتا ہے جس کی وجہ سے یہ حالت پیدا ہوجاتی ہے۔ کبھی خلقی طور پر بھی آنکھ مجر کے اندر دھنسی ہوتی ہے اور خلف مقلی سلعات کے نکال دینے کے بعد بھی یہ حالت دیکھی گئی ہے۔

مجری انسجہ کا التہاب منتشرہ۔ (Orbital cellulitis)

مجر کی خلوی انسجہ کے صدیدی التہاب میں مندرجہ ذیل علامتیں پائی جاتی ہیں۔

حمرا، کی طرح اجفان متورم ہوجاتی ہیں۔ بالخصوص بالائی جفن میں مصلی انسکاب اور مجر میں شدید درد ہوتا ہے جو کہ آنکھ پر دباؤ ڈالنے سے بڑھ جاتا ہے۔ چہرے کے اعصاب میں درد شدید ہوتا ہے۔ جحوز العین کی حالت پائی جاتی ہے اور اس کے ساتھ تمام اطراف میں آنکھ کی حرکات مسدود ہوجاتی ہیں۔ تیز بخار ہوتا ہے بعض اوقات دردسر اور قے بھی لاحق ہوتی ہے۔

بصارت اکثر نہیں ماؤف ہوتی۔ مگر جب التہاب عصب باصرہ بھی لاحق ہوجائے تو ماؤف ہوجاتی ہے۔ مؤخر الذکر

صورت میں حدقہ عین پھیل جاتا ہے۔ قرنیہ اکثر جزئی یا کلی طور پر بے حس ہوتا ہے۔

معائنہ میں معالج کو جبکہ وہ مقلہ عین اور محجر کے درمیان اندر کی طرف اپنی شہادت کی انگلی سے دباتا ہے تو کم و بیش سختی یا سلعہ یا ورم محسوس ہوتا ہے۔ یہ ورم آہستہ آہستہ ایک طرف کو بڑھتا ہے اور اس مقام پر جلد سرخ ہوجاتی ہے۔ محسوس کرنے پر تموج صاف معلوم ہوتا ہے۔ بالآخر خراج پھوٹ جاتا ہے یہ سوراخ محجر کے اندر والے بالائی زاویے کے پاس ہوتا ہے۔ اکثر محجر اپنی طبعی حالت پر آجاتا ہے۔ مگر بعض حالتوں میں عصب باصرہ کا کلی ضمور لاحق ہوجاتا ہے۔ بغیر پیپ پیدا ہوئے بھی یہ حالت اچھی ہوتی دیکھی گئی ہے۔ مگر بعض صورتوں میں جوف کہفی کا تخثر ہوجاتا ہے، التہاب سحائی یا دماغی خراج بھی پیدا ہوسکتا ہے۔ محجری التہاب منتشرہ کی طرح صدیدی التہاب کل العین میں بھی اجفان کا تہیج اور اس کے اندر مصلی انسکاب دیکھا جاتا ہے لیکن التہاب کل العین میں یہ حالت یا تو صدیدی التہاب جسم ہدبی و عنبی کے بعد پیدا ہوتی ہے یا اسی کے ساتھ ہوا کرتی ہے اور اس کے قبل قرنیہ میں صدیدی التہاب ہوچکا ہوتا ہے۔

اسباب۔ (۱) بغیر کسی ظاہری سبب کے یہ حالت شروع ہوجاتی ہے غالباً اس کا باعث سردی لگنا ہے، التہاب ذاتی عدوی سے لاحق ہوتا ہے۔

(۲) وہ زخم جن میں چھید ہو کر عدوی محجری انسجہ تک پہونچتا ہے۔

(۳) محجر کی چاروں طرف کی نسیجوں میں التہاب شروع ہو کر محجر تک پہونچتا ہے۔ جیسا کہ الحمراء (سرخبادہ) میں اور ماؤف دانت سے تجویف صفاتی کے ذریعہ ہوا کرتا ہے۔

(۴) جراثیمی سدہ محجر میں آکر رک جائے (تقیح الدم)

(۵) بعض متعدی بخاروں مثلاً حمی قرمزیہ، حمی معویہ، صدیدی التہاب سحائی، انفلوانزا وغیرہ میں بطور تتمہ کے ہوتا ہے۔

محجر کا منتشر التہاب قرب وجوار کی ساختوں سے شروع ہو کر محجر تک پہونچتا ہے اور اکثر جوف جبہی ماؤف ہوتا ہے۔ اس کے بعد جوف مصفاتی، پھر بالائی فکی جوف کا نمبر آتا ہے۔

علاج۔ مقامی طور پر پلٹس لگائی جائے یا گرم تکمید کی جائے، اور جب پیپ پیدا ہوجائے تو جسقدر جلد

ممکن ہو شگاف دے کر اس کو خارج کر دیا جائے، شگاف مجحر کی دیوار کے ساتھ ساتھ اور اس کے نزدیک دینا چاہیے، مگر یہ خیال رکھا جائے کہ عضلہ مور بہ علیا کی گھری (Pully) کو صدمہ نہ پہونچے۔ شگاف کے بعد جوف کو خوب صاف کر دیں اور مواد کی نکاسی کا معقول انتظام کریں، جوف کو صاف کرنے کے واسطے ہائیڈروجن پراکسائڈ استعمال کریں، ابتدائی مدارج میں بھی جبکہ بہت زیادہ ورم ہو اور جحوظ العین کی حالت پائی جاتی ہو تو التہاب کو کم کرنے کے لئے گہرے شگاف دیں۔ نمکین محلول کی پٹی لگائیں اور بدلتے رہیں، اگر پیپ پیدا ہو چکی ہو تو اس کو باہر خارج ہونے کا موقع دیں اور شگاف کے ذریعہ اس کے نکلنے کا راستہ کشادہ کر دیں۔

انہی تجاویف کا شروع میں مناسب علاج کر دینے کے بعد مشاہدہ کیا گیا ہے کہ پیپ نہیں پیدا ہوتی۔ اور نہ آپریشن کی ضرورت پڑتی ہے۔ مقامی علاج کے علاوہ عمومی علاج بھی طاقت بڑھانے کے لئے جاری رکھا جائے

غلاف ٹیناں کا التہاب۔ (Tenonitis) یہ حالت شاذ و نادر پائی جاتی ہے اس کی علامتیں اوسط درجہ کے مقدم مجحری التہاب منتشرہ کی علامتوں سے مشابہ ہوتی ہیں۔ مجحری التہاب کی طرح اس میں بھی اجفان متورم اور سرخ ہو جاتی ہیں کسی قدر جحوظ العین پایا جاتا ہے مگر مقلہ عین کی حرکات مقابلۃً بہت مسدود ہو جاتی ہیں ملتحمہ سے مواد کا اخراج بالکل نہیں ہوتا۔

تشخیص کا دار و مدار خفیف جحوظ العین پر ہوتا ہے جس کے ساتھ مقلہ عین کی حرکات بہت زیادہ محدود ہوتی ہیں، اور انسکاب الدم بہت زیادہ پایا جاتا ہے۔ ابتدائی مدارج میں التہابی علامات کے نمایاں ہونے سے قبل مجحر کے گرد مریض کو شدید عصبی درد محسوس ہوتا ہے جس کے بعد آنکھ پر دباؤ اور بوجھ کا احساس ہوتا ہے، آنکھ کو حرکت دینے میں بھی درد بہت زیادہ ہوتا ہے اسی وجہ سے مریض اپنی آنکھوں کو بند رکھتا ہے اور بالکل حرکت نہیں دیتا۔ ایک آنکھ ماؤف ہوتی ہے، اور دونوں آنکھیں بھی ماؤف ہو سکتی ہیں۔ بار بار مرض کا اعادہ بھی ممکن ہے۔

بصارت پر اس کا کچھ اثر نہیں پڑتا۔ مجحر کے التہاب منتشرہ کے مقابلہ میں بخار اور اس کی علامتیں بہت خفیف ہوتی ہیں۔ انذار مرض اچھا ہوتا ہے، ایک ہفتہ میں شفا حاصل ہو جاتی ہے، بعض اوقات تقیح لاحق ہوتا ہے اور ملتحمہ کے نیچے خراج پیدا ہو جاتا ہے جو کہ اوپر اور اندر کی طرف پھوٹتا ہے۔ مصلی اور صدیدی اقسام کے علاوہ

اس التہاب کی مزمن اور رکون حالت بھی پائی جاتی ہے اور یہ شدید التہاب جسم ہدبی و عینی میں ہوسکتی ہے
اس کے علاوہ صدیدی التہاب کل العین میں ہمیشہ پائی جاتی ہے۔

اسباب ۔ مزمن روماٹزم (جس کے ساتھ کبھی مفاصل کے اندر مصلی ترشح بھی ہوتا ہے)، انفلوانزا اور شاذ و نادر تدرن بھی اس کا باعث ہوتا ہے۔

علاج ۔ گرم تکمیدات کی جائیں، ہلکی پٹی باندھی جائے، سوڈا سیلی سلیٹ، اسپرین وغیرہ کھانے کو دیجئے امعاء کو صاف کرنے کے لئے ملین یا مسہل دوائیں دیں، کونین دیں (Mixed infection phylocogen) کی تلقیحات کی جائیں۔

جوف کہفی کا تخثر ۔ (انسداد) مختلف اطراف کی وریدوں میں تخثر پیدا ہو کر جوف کہفی تک بھی تجاوز کر سکتا ہے لہٰذا اس سے پہلے ہم کو اُن وریدی راستوں کی تشریح سے آگاہ ہونا چاہئے جو کہ جوف کہفی سے متعلق ہیں۔ تاکہ اس مرضی حالت کے متعلق صحیح طور پر معلومات حاصل ہوسکیں۔

بالائی اور زیرین عینی وریدیں جوف کہفی میں سامنے کی طرف آ کر کھلتی ہیں، اور بالائی و زیرین تجادیف صخری (Petrosal sinuses) کے پچھلی طرف سے نکلتی ہیں، جوف کہفی بلاواسطہ جناحی شبکہ وریدی سے درمیانی سحائی وریدوں کے ذریعہ ملتا ہے اور "وریدی سالیس" (Vein of vesalius) سے متعلق ہو جاتا ہے۔ اور بالواسطہ جوف کہفی ایک درمیانی ورید (جو کہ زیرین ورید عینی اور جناحی شبکہ کے درمیان ہوتی ہے) کے ذریعہ متعلق ہوتا ہے۔

عینی اور دہ کے اتصالات جو کہ جبہی اور زاوی وریدوں کے ساتھ ہوتے ہیں اُن کے ذریعہ یہ جوف چہرہ سے متعلق ہوتا ہے۔ اور دہ تیہیہ (Labyrinthine veins) جو کہ زیرین صخری جوف میں کھلتی ہیں اور ان کے ذریعہ وسط اذن کی اور دہ کے ساتھ اس کا تعلق ہوتا ہے۔

اس کے علاوہ اور متعدد شاخیں جوف کہفی کو بلاواسطہ یا بالواسطہ اکثر حصص دماغ کے ساتھ متعلق کرتی ہیں، جوف کہفی کو ورید حلمی (Mastoidemissarry vein) کان کے پیچھے کی زیر جلدی ساختوں سے جوف عینی و بالائی جوف صخری کے ذریعہ متعلق کرتی ہے۔ یہ تعلق جوف کہفی کا تشخیص کے واسطے بہت اہمیت رکھتا ہے

کیونکہ کان کے پیچھے اگر ورم ہو تو اس کی وجہ سے مختلف اطراف کے تخثر کے متعلق جو کہ مختلف تجاویف میں ہو ہم فیصلہ کر سکتے ہیں۔ ایک طرف کا جوف کہفی دوسری طرف کے جوف سے دو اور بعض اوقات تین مستعرض تجاویف کے ذریعہ جو کہ غدہ نخامیہ کو گھیرتی ہیں ملتا ہے۔

مجری اوردہ کے ذریعہ جوف کہفی میں عددی ہو سکتا ہے جیسا کہ الحمراء (سرخبادہ) چہرے کے عفنی زخموں اور مجری التہاب منتشرہ میں ہوتا ہے۔ علیٰ ہذالقیاس منہ اور گلے کے التہاب منتشرہ، کان اور ناک یا تجاویف زائدہ یا کسی دوسری جگہ کے عفنی مراکز سے بھی جراثیمی سدہ جوف کہفی میں پہونچ سکتا ہے۔

جوف کہفی میں عددی ہو جانے کے بعد علامتیں وہی ہوتی ہیں جو کہ مجری التہاب منتشرہ کی ہوا کرتی ہیں۔ اگر اس کے علاوہ کان کے پیچھے حلمی مقام پر تہیج ہو تو تشخیص مکمل ہو جاتی ہے۔ کیونکہ یہ تہیج باہر نکلنے والی ورید کے تخثر سے پیدا ہوتا ہے۔

دوسرا ضروری امر جو کہ تشخیص میں کام آتا ہے یہ ہے کہ اس کی سب علامتیں دوسری آنکھ میں منتقل ہو جاتی ہیں۔ اور یہ انتقال علامات تقریباً ۵۰ فیصدی مریضوں میں مشاہدہ کیا جاتا ہے۔ ورنہ دونوں آنکھوں کا خلوی التہاب منتشرہ شاذونادر ہی دیکھا جاتا ہے۔

پہلی علامت دوسری آنکھ کے عضلہ مستقیمہ وحشیہ کا استرخا ہے اسی لئے اس استرخا کی جانب توجہ مبذول کرنا ضروری ہے اگر ایک آنکھ میں التہابی حجوز العین لاحق ہو تو دوسری آنکھ میں اس کے مذکورہ عضلہ کے استرخا کا معائنہ کرتے رہیں کیونکہ اس کا ظاہر ہونا اس امر کی پہلی علامت ہے کہ دوسری طرف التہاب منتقل ہو گیا ہے۔ یہ بھی یاد رکھنا چاہیئے کہ جوف کہفی کا تخثر التہاب خلوی کے ساتھ بطور عوارض کے بھی لاحق ہو سکتا ہے۔

مجر کے بالائی حصہ میں شدید درد ہوتا ہے جس کی وجہ سے عصب خامس کی عینی شاخ ماؤف ہو جاتی ہے اسی کے ساتھ آنکھ کے محرک عضلات میں بھی عارضی یا مستقل استرخا پیدا ہو جاتا ہے۔ آخری مدارج میں آنکھ غیر متحرک ہو جاتی ہے۔ حدقہ عین پھیلا ہوا اور قرنیہ بے حس ہوتا ہے۔ ہر ایک مریض میں آنکھ باہر کو ابھر آتی ہے مگر کان سے جب اس تخثر کی ابتداء ہوئی ہو تو یہ حالت آخری مدارج میں پیدا ہوتی ہے۔ اکثر ماہرین بیان کرتے ہیں کہ اس حالت میں شبکیہ کی وریدیں خون سے پر نظر آتی ہیں لیکن ہمارا تجربہ یہ ہے کہ اکثر مریضوں میں ایسا نہیں ہوتا۔

اگر وریدیں خون سے پُر ہوں تو قرص بصری میں شدید التہاب ہو جاتا ہے۔ اور یہ دونوں علامتیں دلالت کرتی ہیں کہ مجری انسجہ اور اوردہ بہت زیادہ ماؤف ہو چکی ہیں۔

ایک ہی وقت میں دونوں طرف کے جوف کہفی کا تخثر (جس کے ساتھ قرص بصری کا التہاب بھی موجود ہو آنکھیں باہر کو ابھر آئی ہوں) جوف سفینی کے امراض میں دیکھا جاتا ہے۔

جب کان سے تجاوز کر کے جوف کہفی میں تخثر ہوتا ہے تو قرص بصری کا نمایاں تہیج ایک خاص علامت ہوتی ہے جس کا مطلب یہ ہوتا ہے کہ التہاب سحائی یا خراج دماغی پیدا ہو چکا ہے۔ یہ حالت دونوں طرف ہوتی ہے مگر ماؤف کان کی طرف زیادہ نمایاں ہوا کرتی ہے۔

جوف کہفی کے تخثر کے ساتھ خطرناک عمومی علامات بھی پائی جاتی ہیں۔ چنانچہ عفنی بخار، قشعریرہ، متعدد بار قے کا آنا۔ شدید دماغی علامات ظاہر ہوتی ہیں۔ مریض اکثر مر جاتا ہے اور کوئی علاج مؤثر نہیں ثابت ہوتا۔

محجر کے اندر التہاب غشاء العظم۔ (Periostitis) یہ مرض اکثر دیکھنے میں آتا ہے۔ عموماً مجری کنارہ ماؤف ہوتا ہے۔ اور اکثر ضرب یا چوٹ کے بعد یہ حالت دیکھی جاتی ہے۔ کبھی مجاورات کا التہاب بڑھ کر مجری غشاء العظم کو ماؤف کرتا ہے۔ تدرن اور آتشک بھی اس کا سبب ہو سکتے ہیں۔

بچوں میں اس کا اکثری سبب تدرن اور جوانوں میں آتشک ہوتا ہے۔ بچوں میں اس کے نتیجہ کے طور پر "نخر العظام" (Caries of the bone) لاحق ہو جاتا ہے۔ اور آتشک میں اورام صمغیہ ظاہر ہوتے ہیں۔

جب چوٹ کی وجہ سے یہ حالت پیدا ہو تو ظاہر ہے کہ مجری کنارے زیادہ ماؤف ہونگے، دوسری صورتوں میں بھی چوٹ ہی سبب محرک ہوتی ہے۔ لہٰذا اکثر مجری کنارے ہی ماؤف ہوا کرتے ہیں۔ مقام ماؤف متورم اور متالم ہوتا ہے ورم کا تعلق ہڈی سے ہوا کرتا ہے یہی وجہ ہے کہ اگر ورم کو حرکت دینے کی کوشش کی جائے تو یہ ہڈی کے اوپر حرکت نہیں کرتا۔ آتشک کی وجہ سے جب اورام صمغیہ پیدا ہوں تو مناسب علاج سے بہت جلد فائدہ پہونچتا ہے لیکن دوسری حالتوں میں تقیح پیدا ہو جاتا ہے۔ خراج بن جاتا ہے اور جب یہ پھوٹتا ہے یا اس میں شگاف دیا جاتا ہے تو زخم کے پیندے میں پروب کے ذریعہ ننگی ہڈی محسوس ہو سکتی ہے۔

درنی مرض میں ناصور باقی رہ جاتا ہے اور زخم کے کنارے ہڈی کے ساتھ ملتصق ہو جاتے ہیں۔ اس طرح

مقام ماؤف پر لیفی مذہبی ساخت کی بننے کے بعد گڑھا پڑ جاتا ہے۔ جب تک خراب ہڈی کو بالکل نہ نکال دیا جائے ناصور باقی رہتا ہے، اگر اس کو مکواۃ سے جلایا جائے تو اجفان اپنی طبعی وضع سے ہٹ جاتی ہیں اور التواء جفن وغیرہ پیدا ہو جاتا ہے۔

مجری غائر حصص کی غشاء العظم کے التہاب میں علامات کم ظاہر ہوتی ہیں۔ درد گہرائی میں ہوتا ہے ممکن ہے کہ اس صورت میں آنکھ باہر کی طرف اُبھری ہوئی ہو۔ اور اپنی طبعی وضع کو چھوڑ کر ایک طرف کو پھر گئی ہو۔ اورام صمغیہ میں محجر کا اوپر کا حصہ (چھت) اکثر ماؤف ہوتا ہے۔ اور آنکھ نیچے کو پھر جاتی ہے۔ آنکھ کی حرکات بہت جلد غائب ہو جاتی ہیں کیونکہ بیرونی عضلات چشم ماؤف ہو جاتے ہیں محجر کے بالائی حصہ میں شدید عصبی درد ہوتا ہے جو کہ رات کے وقت زیادہ تکلیف دہ ہو جاتا ہے۔ مرض کی اہمیت کا صحیح اندازہ اکثر اسی وقت ہوتا ہے جبکہ آپریشن کر کے دیکھا جائے کہ کیا تغیرات ہوئے ہیں اور کس قسم کا ورم ہے یا پیپ کے نکلنے پر اندازہ ہو سکتا ہے۔ ان مریضوں میں اکثر مجری التہاب منتشرہ کی علامتیں پائی جاتی ہیں۔ اگر محجر کی چھت ماؤف ہو تو ممکن ہے کہ پیپ جمجمہ کے اندر پہونچکر نکلے۔ اس صورت میں التہاب سحائی یا دماغی خراج کی وجہ سے زندگی خطرہ میں پڑ جاتی ہے۔

علاج۔ سبب کے مطابق کرنا چاہیے، آتشکی مریضوں کو "پوٹاسیم آیوڈائیڈ" دینے کے علاوہ آتشک کا دوسرا قوی علاج بھی کیا جائے، چوٹ و ضرب کے بعد کی مرضی حالتوں میں اگر تقیح پیدا ہو جائے تو خراج کو شگاف دے کر پیپ کو نکال دیں اگر ضرورت ہو تو اس کے قبل گرم تکمیدات سے کام لیا جائے۔

مجری غائر التہاب غشاء العظم میں تشخیصی تحقیق کے لئے آپریشن کر کے دیکھا جائے، ایسے آپریشن کو زیادہ دیر تک ملتوی کرنا مناسب نہیں ہوتا۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ مجری کنارے پر ایک شگاف دیں اور نشتر کو احتیاط سے غائر انسجہ میں داخل کریں۔ مگر اندر داخل کرنے میں نشتر کی رفتار مجری دیوار کے متوازی ہو۔ شگاف کے مقام کی تعیین علامات کے اعتبار سے کی جائے۔ ناصور والی چمٹی (Sinus forceps) کو شگاف کے اندر ڈال کر آگے لے جائیں اور اندر پہونچکر اس کو کھول دیں اگر پیپ موجود ہو گی تو اس طرح کرنے سے باسانی خارج ہونے لگے گی، مذکورہ بالا تمام عمل جراحی میں اس امر کا خیال رکھیں کہ مجری انسجہ کو ضرورت سے زیادہ نقصان

نہ پہونچے اور یہ اُسی وقت ممکن ہے جبکہ شگاف میں نشتر کو مجری دیوار کے ساتھ ساتھ اندر لے جائیں۔
اگر پیپ خارج ہو تو مطہر گاز (سادہ) کا ایک ٹکڑا دافع عفونت محلول میں تر کر کے اندر تک رکھدیں یا کوئی ٹیوب استعمال کریں ٹیوب بہت پتلی ہو تا کہ پیپ کے اخراج میں کسی طرح رکاوٹ نہ پیدا ہو۔ اگر مجر کی اندرونی دیوار میں التہاب ہو تو ممکن ہے کہ ہڈی بہت دور تک ماؤف ہو چکی ہو۔ شدید عمل جرحی جس میں تجادیف جبہیہ یا تجادیف مصفاتی کو کھولنا پڑتا ہے ممکن ہے کہ انجام دینا پڑے اور اس امر کا بھی امکان ہے کہ اخراج مواد کا انتظام ناک کے راستے سے کرنے کی ضرورت محسوس ہو۔
اس قسم کے امراض عموماً اچھے ہو جاتے ہیں، بچوں میں جب اندرون مجر عدوی لاحق ہوتا ہے تو تشخیصی تحقیق کے لئے جو آپریشن کرنے پڑتے ہیں وہ مشکل ہوتے ہیں۔ اور یہ مشکل جوانوں میں نہیں پیش آتی۔ کیونکہ بچوں کی آنکھ جوانوں کے مقابلہ میں بہ نسبت مجر کے کسی قدر بڑی ہوتی ہے۔ اسوجہ سے اُن کے مقلہ چشم اور مجری دیوار کے درمیان عمل جرحی کے لئے بہت تھوڑی جگہ باقی رہتی ہے۔
بعض اوقات مزمن التہاب غشاء العظم بھی مجر میں لاحق ہوتا ہے۔ اس میں پیپ بالکل نہیں پیدا ہوتی اور یہ حالت اُن لوگوں میں دیکھی جاتی ہے جن کے اندر روماٹزم کی جانب زیادہ میلان ہوتا ہے۔ اس التہاب میں مجر کے گرد درد ہوتا ہے اور مقلہ عین کو دبانے پر تالم کا احساس ہوتا ہے۔ مگر جحوظ العین یا دوسری بیرونی علامتیں مفقود ہوتی ہیں۔

انذار مرض ۔ اچھا ہوتا ہے۔

علاج ۔ روماٹزم کا عمومی علاج کیا جائے۔ مقامی طور پر گرم تکمیدات استعمال کی جائیں۔ ویکسینی علاج کیا جائے، درنی التہاب غشاء العظم کے ساتھ مجر کے زیرین حصہ کی ہڈی بھی مردہ ہو جاتی ہے، یہ بھی ممکن ہے کہ پہلے یہ مرض ہڈی میں شروع ہو۔ بعض اوقات آتشک کے آخری مدارج میں ایسا ہی دیکھا گیا ہے۔
نخر العظام یا ہڈی کی موت مجری ہڈیوں میں ہر جگہ سے شروع ہو سکتی ہے۔ مگر اکثر و بیشتر پہلے مجری کنارے اوپر باہر یا نیچے اور باہر کی طرف ماؤف ہوتے ہیں۔

علاج ۔ مقامی علاج کے ساتھ زور دار طریقہ پر عمومی علاج بھی کیا جائے۔

مجری کی ضرب - نرم انسجہ کے زخم جو مجر کے بالائی حصص کو ماؤف کرتے ہیں (عصب خاس کی بالائی مجری شاخ کو صدمہ پہونچتا ہے) ان کی وجہ سے انعکاسی اندھاپن پیدا ہوجاتا ہے۔ مگر اب تک ایسے جن کیفیت کا حال طبی جرائد میں بیان کیا گیا ہے اُن میں اندھاپن لاحق ہونے کی وجہ عصب باصرہ کی ضرب (ثقبہ بصری کے اندر بوجہ (Concussion) یا ثقبہ بصری کے کنارے کی ہڈی کا کسر ہے اس کے دباؤ کی وجہ سے عصب باصرہ ماؤف ہوجاتا ہے۔

مجری غشاء العظم کا التہاب، خود آنکھ کا ضرب کی وجہ سے ماؤف ہونا۔ چہرہ کا سرخباد ہ، اندرون جمجمہ امراض وغیرہ وغیرہ بھی اس کا سبب بنتے ہیں۔ یہ بھی ممکن ہے کہ ایسے مریضوں میں نقلی اندھاپن عارضی طور پر لاحق ہو اور ان کی اجفان کے مسلسل انقباض نیز آنکھ کے بند رہنے کی وجہ سے یہ حالت پیدا ہوگئی ہو۔

آنکھ کے اندر چھید کرنے والے زخم بالخصوص مجر کی چھت میں جروح وخز یہ جو کہ اجفان کو چھید کر وہاں تک پہونچتے ہیں ان میں غریب اجسام کا مجر تک پہونچ کر وہیں رہ جانا خطرناک صورت اختیار کرسکتا ہے۔ اور ان سے منتشرہ التہاب خلوی شروع ہوجاتا ہے۔ اگر چھیدنے والی چیز نوک دار اور تیز ہو جو کہ ذرا طاقت کے ساتھ آنکھ کے اندر گھسی ہو جیسا کہ باریک تلوار کا پھل تو ممکن ہے کہ یہ عصب باصرہ کو بھی کاٹ دے، یا عضلات کو بھی نقصان پہونچ جائے۔ یا مجر کی عظمی دیوار سے گذر کر دماغ میں گھس جائے اور مہلک ثابت ہو۔

یہ عجیب بات ہے کہ مجر کے اندر بڑے بڑے غریب اجسام "مثلاً لکڑی کے بڑے ٹکڑے" بھی چھپ جاتے ہیں اور یہ بعض اوقات ہفتوں تک اندر ہی پڑے رہتے ہیں۔ ایک مریض کے مجر کے اندر مہینوں ایسا ٹکڑا پڑا رہا اور اس کی وجہ سے التہاب بھی نہیں پیدا ہوا۔

ان میں سے پہلی صورت میں جبکہ مہینوں یہ حالت قائم رہی جحوظ العین بھی نہیں لاحق ہوا۔ مجر کے اندر شدید ضرب سے نزف الدم بھی رونما ہوسکتا ہے۔ اور اس کی وجہ سے جحوظ العین یا دباؤ کے ماتحت ضمور عصب باصرہ لاحق ہوسکتا ہے۔

اس قسم کا نزف الدم اکثر اوقات پیدائش کے سلسلہ میں بچوں میں دیکھا جاتا ہے جس کا باعث ادضع حمل

کی خرابی ہوتی ہے بالخصوص جن حالتوں میں "بڑے فارسپس" کے ذریعہ مصنوعی طور پر وضع حمل کرایا جائے۔

مرضی ماؤف شرائین سے بھی یکایک نزف الدم شروع ہو جاتا ہے۔ کالی کھانسی، نزفی میلان (استعداد) اسی طرح نزفی جدری۔ غشاء لعظم کے نیچے نزف الدم کا ہونا۔ جو کہ مرض بار لو میں دیکھا جاتا ہے۔

آنکھ پر چوٹ لگنے سے اور گھونسا مارنے سے بھی آنکھ کی نرم انسجہ میں نزف الدم ہونے لگتا ہے جس کی وجہ سے آنکھ نیلی ہو جاتی ہے۔ کسی کند آلے سے چوٹ لگنے پر بھی آنکھ کی چاروں طرف کی نسیجیں اسی قسم کی نیلی ہو جاتی ہیں ضرب پہونچانے والی شئے کو محجری کنارے اپنے اوپر روک کر چوٹ کی زیادتی کو کم کر دیتے ہیں۔ محجری کناروں اور ضرب پہونچانے والی شئے کے درمیان محجر کی نرم نسیجیں اگر مضروب ہو جاتی ہیں لیکن خود آنکھ اس ضرب سے بچ جاتی ہے۔ اگر ضرب پہونچانے والا آلہ چھوٹا اور تیز ہو تو محجر کے اندر داخل ہو جاتا ہے۔ اور مقلہ عین کو نقصان پہونچا دیتا ہے۔ ایسی صورت میں باہر کی انسجہ پر چوٹ کم لگتی ہے۔ اور کبھی بالکل ہی نہیں لگتی۔

محجری ہڈیوں کے غار کسور جو کہ ثقبہ بصری کے نزدیک واقع ہوتے ہیں۔ ان کی وجہ سے بھی عصب باصرہ کا ضمور لاحق ہو سکتا ہے مگر ان میں کوئی علامت نہیں پائی جاتی۔ ممکن ہے کہ ضمور چند ہفتوں تک بالکل نہ ظاہر ہو اسی لئے سر کی تمام چوٹوں میں انذار مرض کے متعلق غور و فکر کے بعد کوئی فیصلہ کرنا چاہئے۔

جب عصب باصرہ کا ضمور چوٹ کا نتیجہ ہو اور عصب باصرہ کے غلاف کے اندر نزف الدم رونما ہو تو قرص بصری کے گرد گہرے رنگ کا خاکستری حلقہ نظر آتا ہے۔

محجر کی اندرونی ساختوں میں ہوا کا داخل ہونا۔ یا اجفان کے نیچے ہوا کا پہونچ جانا یا دونوں کے اندر اس کا پایا جانا عظم المصفاۃ میں چوٹ لگنے اور اُس کی کسر کی وجہ سے ہوا کرتا ہے۔ قناۃ دمعی کے اوپر کی غشاء کے پھٹ جانے سے بھی ایسا ہو سکتا ہے۔ محجر کی ضرب سے مقلہ عین کو بھی نقصان پہونچ سکتا ہے یہاں تک کہ یہ اپنی جگہ سے ہٹ بھی سکتا ہے، شاذونادر فاتر العقل افراد اپنی اُنگلیوں سے ایک یا دونوں آنکھیں باہر نکال ڈالتے ہیں، میں نے ایسے ایک مریض کو دیکھا ہے۔

علاج - محجر کے اندر کے غریب اجسام کی "اکس ریز" کے ذریعہ تصویر لیکر جس طرف سے وہ داخل

ہوئے ہوں اُس طرف زخم کو بڑھا کر نکال دینا چاہیے، یا دوسری صورت یہ ہے کہ طاق متحمہ کے اندر نیا راستہ بنا کر ان کو نکال دیا جائے، لیکن ہر حالت میں عدوی کو روکنے کی تمام تدابیر پر عمل پیرا ہونا ضروری ہے تاکہ التہاب نہ پیدا ہو۔ یا اگر پیدا ہو جائے تو محدود ہی رہے اور جلد رفع ہو سکے۔

اگر زیر جلدی ساختوں میں ہوا داخل ہو گئی ہو تو ناک صاف کرتے وقت احتیاط کریں اور آنکھ پر دباؤ والی پٹی باندھ دیں تاکہ پھٹے ہوئے مقام یا کسر کے راستے سے اور زیادہ ہوا زیر جلد ساختوں میں نہ داخل ہو جائے۔

محجر کے سلعات۔ محجر میں شاذ و نادر ہی سلعات پیدا ہوتے ہیں، غیر خبیثہ سلعات میں سے جلدی اکیاس کے علاوہ جلدی شحمی سلعات، سلعہ عروقیہ، سلعہ عظمیہ، سلعہ عصبیہ (ورم لیفی عصبی)، فتق مخی سحائی وغیرہ شامل ہیں۔

ان میں سے جلدی اکیاس بطور اورام کے جفن کے نیچے پیدا ہوتی ہیں، اور اکثر باہر کی طرف بالائی زاویہ میں ہوتی ہیں۔ ان کی دیواروں میں شحمی جلدی غدد ہوتے ہیں، جن میں سے رطوبت نکل کر ان کے اندر جمع ہو جاتی ہے، ان اکیاس کے اندر کی طرف بشری خلیات استر کرتے ہیں۔ اور دیواروں میں شعری حویصلات کا استر ہوتا ہے۔ مرضی حیثیت سے ان کی تشخیص فتق مخی سحائی۔ سے بعض اوقات دشوار ہوتی ہے۔ لیکن فتق مخی سحائی۔ اکثر اندرونی بالائی زاویہ پر ظاہر ہوتا ہے۔ اور اس جگہ اکثر ہڈیوں کے درمیان اتصالات قائم ہو جاتے ہیں۔ نیز فتق مخی سحائی کی صورت میں سلعہ ہڈیوں کے ساتھ مضبوط طریقہ پر ملتصق ہوتا ہے۔

(۲) ممکن ہے کہ جس جگہ یہ سلعہ جمجمہ کے اندر سے باہر نکلتا ہے اُس جگہ سوراخ بھی محسوس ہو۔

(۳) اس سلعہ میں تنفس اور نبض کے ساتھ ضربان پایا جاتا ہے۔ اور کو نتھنے پر سلعہ بڑھ جاتا ہے۔

(۴) دبانے سے سلعہ چھوٹا ہو جاتا ہے۔ کیونکہ اس کے اندر کا سیال مادہ جمجمہ کے اندر چلا جاتا ہے۔

(۵) سلعہ کے اندر سے سوئی کے ذریعہ اگر سیال مادہ نکالا جائے تو یہ بالکل شفاف ہوتا ہے اور اسکے اندر سائل مخی شوکی کی خصوصیات پائی جاتی ہیں۔

عظمی سلعات۔ عظم جبی سے پیدا ہوتے ہیں۔ جو کہ بہت سخت اور اکثر حجم میں بہت بڑے ہوتے ہیں،

ان کی وجہ سے مقلہ عین اپنی جگہ سے بہت ہٹ جاتا ہے۔

مجحر کے خبیثہ سلعات۔ اکثر یہ خبیثہ سلعات لحمیہ ہوتے ہیں، غدد دمعی سے بڑھکر بھی مجحر کے خبیثہ سرطانیہ سلعات پیدا ہوسکتے ہیں، تمام قسم کے سلعات لحمیہ ہوسکتے ہیں۔ چھوٹے گول خلیات والے سلعات میں سے سلعہ لمفاویہ، دم ابیض والے سلعات اور سرطان اخضر شامل ہیں۔

عصب باصرہ کے ابتدائی سلعات بھی مرضی حیثیت سے مجحری سلعات کے طور پر ظاہر ہوتے ہیں۔ مگر شاذونادر ہی پائے جاتے ہیں، ان کی دو قسمیں ہیں۔ دسلعہ عصبیہ، جو کہ شبکیہ کے سلعہ عصبیہ سے مشابہ نہیں ہوتی) دماغی جھلیاں جن کا غلاف عصب باصرہ پر چڑھا ہوتا ہے ان کے درمیانی پرتوں سے پیدا ہوتے ہیں۔ انکے اندر مخاطی انسجہ سے مشابہ نسیجیں بھی پائی جاتی ہیں۔ اسی وجہ سے ان کو "مخاطی سلعہ لحمیہ خبیثہ" کہتے ہیں، ام غلیظ کے بیرونی جانب جو سلعات ہوتے ہیں وہ اس غشاء کے بیرونی حصے سے پیدا ہوتے ہیں، اور بشرہ باطنہ کے سلعات سے مشابہت رکھتے ہیں۔

عصب باصرہ کے جملہ سلعات بچوں میں عام طور پر پائے جاتے ہیں۔ اور صرف مقامی طور پر خبیث ہوتے ہیں، یعنی چاروں طرف کی مقامی ساختوں کو تباہ کردیتے ہیں۔ ان سے دوسرے مقامات پر سدہ کے طور پر ثانوی سلعات نہیں بنتے، جب یہ جمجمہ کے اندر بڑھکر پھیلتے ہیں تو ہلاکت کا باعث ہوتے ہیں۔

مجحری سلعات کی وجہ سے آنکھ اکثر باہر کو نکل آتی ہے، مگر عصب باصرہ کے سلعات میں ایسا نہیں ہوتا اور یہ بہت اہم تشخیصی نقطہ ہے مجحری سلعات میں آنکھ کا باہر کی طرف کو اُبھرنا بتدریج نمایاں ہوتا ہے۔ یہ حالت ہمیشہ ایک ہی آنکھ میں پائی جاتی ہے، شاذونادر لمفاویہ سلعات میں دونوں طرف ایک ساتھ بھی ایسا ہوتا ہے۔ اس کی وجہ سے زوجی بصارت پیدا ہوجاتی ہے۔ ممکن ہے کہ قرص بصری کا التہاب بھی لاحق ہوجائے بالخصوص عصب باصرہ کے سلعات میں، جس طرف سلعہ موجود ہو اُدھر آنکھ کی حرکات کم ہوجاتی ہیں۔ دوسری حالتوں میں عصب باصرہ کے اوپر دباؤ پڑنے سے ضمور لاحق ہوجاتا ہے۔ ممکن ہے کہ انگلی سے سلعہ کا احساس ہوجائے بالخصوص جبکہ انگلی کو مجحر اور مقلہ عین کے درمیان رکھکر اندر کی طرف دبایا جائے، لمفاوی غدد شاذونادر ہی ماؤف ہوسکتے ہیں۔

رخساروں کے حصص - ملتحمہ انفی تجادیف، منہ، ناک اور گلے کا بغور معائنہ کریں اور دانتوں کو بھی دیکھیں، اس امر پر نظر ڈالیں کہ ان جگہوں سے تو سلعہ کی ابتدا نہیں ہوئی؟ اور محجر ثانوی طور پر تو ماؤف نہیں ہوا کیا خود محجر کے اندر سے اس کی ابتداء ہوئی ہے؟ اگر حالات مشکوک ہوں تو اکس ریز کے ذریعہ معائنہ کریں۔

علاج - تشخیصی جستجو میں عمل جرحی سے کام لیں، اور ایک حصہ سلعہ کا کاٹ کر الگ کریں اس کے بعد اس کے تراشوں کا خوردبینی معائنہ کریں اور پھر آپریشن کے ذریعہ سلعہ کا کلی استیصال کر دیا جائے۔

ممکن ہے کہ بعض غیر خبیثہ سلعات کو اس طرح نکال دیا جائے کہ مقلہ عین کو کوئی نقصان نہ پہونچے۔ مگر جب بہت بڑے رقبہ پر عمل جرحی کرنا پڑے تو ظاہر ہے کہ کسی حد تک اس کا اثر آنکھ کی حرکات پر ضرور ہوگا پہلے ہم بیان کر چکے ہیں کہ محجر کے اکثر سلعات میں سدہ کے ذریعہ ایک جگہہ سے دوسری جگہہ ان کا منتقل ہونا نہیں دیکھا گیا، اسی لئے ان سلعات کا علاج زیادہ وسیع نہیں ہوتا جتنا کہ دوسری جگہہ کے سلعات کا ہوا کرتا ہے۔

جحوز العین کی خاص حالتیں - "گھیگا" اکثر جحوز العین کا سبب ہوتا ہے۔ اس مرض میں مندرجہ ذیل علامتیں پائی جاتی ہیں آنکھ باہر کو نکلی ہوتی ہے۔ غدد درقیہ میں تضخم پایا جاتا ہے۔ اختلاج قلب کی شکایت ہوتی ہے۔ اور عضلی ارتعاش ہوتا ہے۔ ہمیشہ دونوں آنکھیں باہر کو ابھری ہوتی ہیں اور ان کا ابھار اسقدر زیادہ ہو سکتا ہے کہ آنکھ بند نہیں ہو سکتی۔ مریض کی صورت ڈراؤنی ہوتی ہے۔ کیونکہ دونوں آنکھیں عجیب طریقہ پر ٹکٹکی باندھ کر دیکھتی ہوتی ہیں۔ اور اسلئے بھی خوف معلوم ہوتا ہے کہ دونوں آنکھیں طبعی حالت سے بہت زیادہ باہر کو نکلی ہوتی ہیں۔

طبعی حالت میں اگر آنکھ کو نیچے کی طرف کیا جائے، تو بالائی جفن آنکھ کے ساتھ نیچے کو آجاتی ہے، اور اس حالت میں نیچے کی طرف دیکھنے میں یا تو بالائی جفن بالکل ہی نیچے کی طرف نہیں آتی یا نہایت آہستہ آہستہ آتی ہے، ممکن ہے کہ یہ علامتیں دوسرے وجوہ سے پیدا شدہ جحوز العین میں بھی پائی جائیں۔ مریض اپنی آنکھوں کو بہت کم جھپکاتا ہے (باعتبار طبعی حالت کے) اور آنکھ جھپکنے میں طبعی حالت سے کم بند ہوتی ہے۔

ممکن ہے کہ استدقاقی طاقت بھی کم ہو جائے۔ جفنی جلد پر تلوینی دھبے اکثر دیکھے گئے ہیں منظار عین سے

معائنہ کرنے پر شبکیہ کے عروق یعنی وریدیں اور شریانیں کسی قدر پھولی ہوئی ہوسکتی ہیں۔ اور کوئی خاص علامت اس جگہ نہیں پائی جاتی، بعض اوقات عضلات چشم میں سے عضلہ مستقیمہ وحشیہ کا استرخا بھی دیکھا گیا ہے۔

اس کی وجہ معلوم نہیں ہے، اکثر ماہرین کا خیال ہے کہ غدہ درقیہ کا فعل بڑھ جاتا ہے۔ یا اس کے اندر کی اور کسی خرابی کی وجہ سے ایسے اجزا رخون کے اندر شامل ہو جاتے ہیں۔ جن سے یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے بعض ماہرین نے اس کی وجہ عنقی شرکی اعصاب کی خرابی کو بیان کیا ہے۔ اور بعض لوگ مرکزی نظام عصبی کے امراض کو اس کا باعث قرار دیتے ہیں۔

امراض چشم کے خصوصی معالج کے لئے ضروری ہے کہ وہ اس مرض کو تمیز کر سکے، لہذا اس مرض سے متعلق مفصل معلومات کے لئے طبی کتابیں ملاحظہ فرمائیں۔

ضربانی جحوظ العین اکثر شریانی وریدی انورسما کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ جو کہ اندرونی سباتی شریان اور جوف کہفی کے درمیان واقع ہوا کرتا ہے۔ آنکھ باہر کو نکلی ہوتی ہے۔ ملتحمہ کے دموی عروق منبسط ہوتے ہیں۔ اجفان پھیلی ہوتی ہیں زاوی ورید اور اس کی شاخیں جو کہ اندرونی حیقم کے پاس ہوتی ہیں نمایاں ہو جاتی ہیں اور صاف دکھائی دینے لگتی ہیں۔ ان کے اندر شریانی ضربان کے ساتھ آسانی سے ضربان محسوس ہوتا ہے کیونکہ وریدوں اور شریانوں کے درمیان اتصال قائم ہو جاتا ہے۔ اور اس طرح شریانی ضغطہ ان میں منتقل ہو جاتا ہے۔ مریض کو ایسا شور سنائی دیتا ہے جیسا کہ آبشاروں کے پاس سننے میں آتا ہے، معالج بھی اس شور کو سماع الصدر کے ذریعہ سن سکتا ہے۔ جب کہ وہ آنکھ یا محجر پر سماع الصدر لگا کر سنے، اگر مقلہ عین پر مسلسل دباؤ ڈالتے رہیں تو جحوظ العین میں کمی ہو جاتی ہے۔ اسی طرف کی شریان سباتی پر دباؤ ڈالنے سے بھی جحوظ العین میں کمی رونما ہوتی ہے، بعض اوقات دوسری طرف کی شریان سباتی پر دباؤ ڈالنے سے بھی ایسا ہوتا ہے۔

منظار عین کے ذریعہ معائنہ کرنے پر شبکیہ کی وریدیں بہت زیادہ پھولی ہوئی معلوم ہوتی ہیں۔ ممکن ہے کہ التہاب قرص بصری موجود ہو۔ اور بصارت بالکل خراب ہو کر اندھا پن لاحق ہو جائے اور اس امر کا بھی امکان ہے کہ عصب خامس کی شاخوں کے کھینچنے کی وجہ سے شدید درد محسوس ہو۔

شریانی انورسما کا سبب زیادہ تر شدید چوٹ ہوتی ہے، لیکن ایسا بھی ہوسکتا ہے کہ انورسما سے پہلے شریانی دیواریں مرضی حالت میں ہوں، مثلاً آتشکی وجوہ یا دوسرے اسباب سے اُن میں تصلب پیدا ہوگیا ہو اور وہی اس کا سبب ہو۔

بعض اوقات جحوزالعین خود بخود یکایک غائب ہو جاتا ہے لیکن اکثر بڑھتا رہتا ہے، اور بالآخر نزف الدم ہونے لگتا ہے یا دماغی آفتوں کی وجہ سے موت لاحق ہوتی ہے۔

علاج - شریان سباتی پر مسلسل دباؤ ڈالنے سے اگرچہ جحوزالعین عارضی طور پر کم ہو جاتا ہے مگر کلی اور مستقل شفا نہیں حاصل ہوتی، شریان سباتی پر بند لگا دینے سے زیادہ کامیابی ہوتی ہے۔ مگر اکثر ضربان پھر واپس آجاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں دوسری طرف کی شریان سباتی کو بھی باندھ دیں تو زیادہ بہتر ہے۔ مگر پہلے آپریشن کے چند ہفتوں کے بعد یہ عمل کیا جائے، کیونکہ دونوں طرف ایک ساتھ ایسا کرنے سے دماغی فقرالدم لاحق ہوسکتا ہے۔ اور پھر اس کے نتائج خطرناک ہوسکتے ہیں۔ اس امر کا بھی امکان ہے کہ مذکورہ دونوں عمل بھی ناکام ثابت ہوں ایسی صورت میں پھولی ہوئی وریدوں کو کاٹ کر الگ کر دیا جائے مگر اس میں خطرات بہت زیادہ ہیں۔

آفات وحوادث چشم

بجلی کی وجہ سے آفات چشم | گرم ممالک میں ارضی وسماوی شدید طوفان جن میں بارش اور بادل کی گرج تڑپ بھی شامل ہے عام طور پر پائے جاتے ہیں۔ علاوہ ازیں اکثر بجلی گرتی بھی ہے۔ اس کی وجہ سے بھی آنکھ میں مختلف قسم کے عوارض رونما ہوتے ہیں۔ جن کو ذیل میں بیان کیا جاتا ہے۔

(۱) التہاب ملتحمہ، قرنیہ وصلبیہ۔ التہاب طریق ہدبی ومشیمی، التہاب عصب باصرہ،

(۲) شفاف واسطوں، (خزانہ مقدم، عدسہ، زجاجیہ وغیرہ) کے اندر تغیرات کا ظہور۔

(۳) آنکھ کے ہر حصہ میں ضرب وصدمہ پہونچ سکتا ہے۔

(۴) عصبی عوارض جن میں عصب باصرہ کا ضمور، آنکھ کے بیرونی عضلات کا استرخاء، اس کے علاوہ گردو

پیش کے اعصاب کا استرخا ربھی شامل ہے۔

مذکورہ بالا عوارض کو بخوبی سمجھنے کے لئے ضروری ہے کہ ہمکو پہلے یہ معلوم ہو جائے کہ بجلی کس طرح آنکھ کو تکلیف پہونچا سکتی ہے، اس میں شک نہیں کہ موسمی بادلوں کی بجلی اور مختلف کارخانوں میں استعمال ہونے والی طاقتور کہربائی رو ان دونوں کے اثرات مرضی میں کوئی فرق نہیں ہوتا۔ بادلوں والی قدرتی بجلی کا اثر آنکھ پر حسب ذیل طریقہ پر ہوتا ہے۔

(۱) جبکہ بجلی کی رو جسم کے اندر سے نہ گذرے۔

(۲) نور کی شعاعوں کا کیمیاوی اثر۔

بجلی کی تیز چمک یا کہربائی رو کے مثبت اور منفی قطبوں کے آپس میں ملنے سے پیدا ہونے والی روشنی میں فوق البنفشی شعاعیں بہت زیادہ ہوتی ہیں۔ جن کا ملتحمہ، قرنیہ اور راجفان پر بہت زیادہ اثر ہوتا ہے۔ کہربائی التہاب شبکیہ بھی اس سے پیدا ہو سکتا ہے۔ جس کی بناء پر آنکھ میں چوند اور حدقہ عین کا زیادہ انقباض پیدا ہو جاتا ہے یہ حالت تیز روشنی کی وجہ سے پیدا ہونے والے ضعف بصر یا التہاب ملتحمہ سے بہت زیادہ مشابہ ہوتی ہے۔

نور کی روشن شعاعوں کا اثر۔ بجلی کی چمک میں تیز روشنی کی وجہ سے شبکیہ اور مشیمیہ ماؤف ہو سکتا ہے۔ ہم پہلے بیان کر چکے ہیں کہ آنکھ کے شفاف واسطے فوق البنفشی شعاعوں کو روک لیتے ہیں۔ مگر ممکن ہے کہ ایسا معمولی حالات میں ہوتا ہو اور غیر معمولی حالتوں میں یہ شعاعیں آنکھ کے اندر پہونچکر تکلیف پیدا کرتی ہوں۔ اسکے علاوہ بجلی سے پیدا ہونے والے شعلہ میں روشن شعاعیں بھی اسقدر زیادہ ہوتی ہیں کہ ان کا اثر بھی ممکن ہے۔ اس کی وجہ سے میدان بصر میں مستقل یا عارضی عتمے پیدا ہو سکتے ہیں۔ احتقان، التہاب وضمور عصب باصرہ بھی لاحق ہو سکتا ہے۔

جب بجلی خاص طور پر جسم کے اندر سے گزرتی ہے یعنی انسانی جسم پر گرتی ہے تو جسم کے اندر سے تیز کہربائی رو کے گزرنے پر جسمانی تراشیحہ میں ایک قسم کا کہربائی تجزیہ ہو سکتا ہے۔ خواہ یہ تھوڑی ہی دیر تک کیوں نہ قائم رہے۔ ایسے اشخاص میں نزول الماء یا ضمور عصب باصرہ مہینوں اور ہفتوں کے بعد دیکھا گیا ہے۔ ماہرین کا خیال ہے کہ یہ کہربائی رو کے گزرنے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس کا سبب یہ نہیں ہے کہ گرمی کی شعاعوں کا اثر ہوتا ہے

بلکہ واقعہ یہ ہے کہ طاقتور بجلی اپنے اندر خلیات کو گرم کئے بغیر ان کو ضائع کر دینے کی طاقت رکھتی ہے۔

ماہر "ہس" نے ثابت کر دیا ہے کہ (بجلی) کہربائی رو کے ذریعہ عدسہ کا خلافی البشرہ مردہ ہو جاتا ہے جس کی وجہ سے عدسی الیاف خزانہ مقدم کی رطوبت کے انجذاب کے سبب سحابی حالت اختیار کر لیتے ہیں۔ اس کے علاوہ ایک اور اثر بھی ہوتا ہے جس کو نظر انداز نہ کرنا چاہئے وہ یہ کہ جسم کے اندر سے بجلی کی رو کے گزرنے پر فوق البنفشئ شعاعوں کا پیدا ہونا اور جسمانی انسجہ پر دور سے ان کا اسقدر موثر ہونا جب ثابت ہے تو کوئی وجہ نہیں کہ مثبت اور منفی بجلی کے ملنے سے جسم کے اندر سے کہربائی شعلہ کے گزرنے پر یہی شعاعیں نسیجی خلیات پر اپنا زیادہ اثر نہ دکھائیں بعض ماہرین کا خیال ہے کہ بجلی کی روشنی میں گرمی کی شعاعوں کا اثر آنکھ کے اندر عوارض کے پیدا کرنے میں زیادہ حصہ لیتا ہے۔

اس خیال کی وجہ یہ معلوم ہوتی ہے کہ معمولی حالات میں سورج کی روشنی جبکہ آنکھ کے اندر داخل ہوتی ہے تو گرمی کی شعاعیں جذب ہو جاتی ہیں اور اس کے برعکس یہ بھی معلوم ہے کہ طاقتور کہربائی رو بھی جب جسم کے اندر سے گذرتی ہے تو نسیجیں کسیقدر جل جاتی ہیں۔ اور اگر بجلی شدید طور پر گرے تو جلا کر خاک سیاہ کر سکتی ہے۔ یہ بھی قرین قیاس معلوم ہوتا ہے کہ اگر بجلی کے گرنے کی صورت ایسی ہو کہ اس میں کہربائی رو کمزور ہو تو بھی نسیجوں کو اس کے اثر سے بہت زیادہ گرمی پہونچ جاتی ہے، گویا کہ اس قسم کی احتراقی آفات کم درجہ کے تاثرات ہیں جنکا نتیجہ بعد میں زیادہ خراب ہو سکتا ہے۔

قابل غور امر اب یہ ہے کہ اس قسم کے حوادث کے بعد جسم کے اندر عمومی التہابات کے پیدا ہونے کی وجہ کیا ہے۔ ہمارے خیال میں اس کا سبب یہ ہے کہ بجلی کی رو جسم کے اندر کیمیاوی تخریبی عمل پیدا کرتی ہے اور یہ عمل اس کے دوسرے اثرات کے ساتھ شریک ہو کر التہابی حالت پیدا کر دیتا ہے۔

اسوقت ہم ضربانی صدمات کو لیتے ہیں۔ بجلی گرنے کی وجہ سے جو صدمات مختلف ساختوں کو پہونچتے ہیں، ان میں سے (۱) مختلف ساختوں کے خلیات مردہ ہو جاتے ہیں یا ان کو اسقدر صدمہ پہونچ جاتا ہے کہ جس کے باعث یہ اپنے طبعی وظائف انجام دینے سے قاصر ہو جاتے ہیں (۲) مختلف مقامات پر نسیجیں کٹ جاتی ہیں۔ یا بہت زیادہ کھنچ جاتی ہیں۔ یا کسی اور نامعلوم طریقہ پر ایسی مجروح ہو جاتی ہیں کہ اعضاء کے طبعی وظائف کی انجام

دہی میں خلل پیدا ہوتا ہے۔ جس عضو کی نسیجیں اسقدر ماؤف ہو جائیں اُس کے افعال میں خرابی ضرور لاحق ہو جاتی ہے اس آخری قسم کی آفت میں انشقاق کے علاوہ عدسہ کی ضربات جن کی وجہ سے موتیا بند پیدا ہوتا ہے علیٰ ہذالقیاس بجلی گرنے کے بعد استرخاء عضلی کا رونما ہونا اور اسی قسم کے دیگر عوارض بھی شامل ہیں۔

اسوقت تک جو کچھ بیان کیا گیا ہے اُس سے اجمالی طور پر یہ ظاہر ہوتا ہے کہ ہمیشہ بجلی گرنے کے بعد جو عوارض رونما ہوتے ہیں اُن کو صحیح طور پر اس کی طرف منسوب کرنا ممکن نہیں کیونکہ اس سلسلہ میں جو مختلف عناصر بر سر کار ہوتے ہیں اُن کی توضیح بہت ہی پیچیدہ ہے۔ علاوہ بریں ہمارے تجربات کا دائرہ بھی بہت ہی تنگ ہے تاہم ذیل میں اُن تکلیفات وعوارض کو بیان کیا جاتا ہے جو کہ آنکھ کی مختلف ساختوں میں رونما ہوتے ہیں۔

(۱) **ملتحمہ و اجفان**۔ بجلی کی چمک جس کے ساتھ کڑک بھی شامل ہو۔ جب اس کی روشنی آنکھ پر پڑتی ہے تو چند گھنٹے کے بعد بعض اوقات مریض شکایت بیان کرتا ہے کہ اُس کے ملتحمہ میں ریت پڑ گئی ہے۔ آنکھ اور پیشانی میں درد کا احساس ہوتا ہے چوند لگتی ہے اور قرنیہ ماؤف ہوتا ہے۔

اجفان سرخ اور متورم ہوتی ہیں۔ ملتحمہ کا التہاب نمایاں ہوتا ہے جفنی انقباض بہت زیادہ پایا جاتا ہے اور بعض مریضوں میں اجفان و ملتحمہ کے نیچے انسکاب الدم بھی ہوتا ہے۔ ایک مریض میں زیر ملتحمہ نزف الدم بھی دیکھا گیا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ تمام عوارض بجلی کی روشنی کے کیمیاوی اثر سے پیدا ہوتے ہوں۔

قرنیہ۔ ان مریضوں میں سے بعض کے ملتحمہ کے ساتھ قرنیہ بھی ماؤف ہوتا ہے اور اکثر مریضوں میں فی ذیل کے عوارض کا سبب اسی روشنی کی شعاعوں کا کیمیاوی اثر ہوتا ہے۔ قرنیہ کی سطح ایسی مکدر ہو جاتی ہے جیسا کہ کسی شیشہ پر منہ سے بھاپ پھینکنے پر وہ گندلا ہو جاتا ہے۔ بصارت میں دھندلا پن پیدا ہو جاتا ہے اور چوند بہت زیادہ لگتی ہے بعض مریضوں میں ان کے قرنیہ کی سحابی حالت کا سبب قرنیہ کا غائر التہاب ہوتا ہے۔ جس کے ساتھ قرنیہ کے چاروں طرف احتقان پایا جاتا ہے۔ اور التہاب ہدبی وعینی کی علامتیں بھی موجود ہوتی ہیں۔ تھوڑا بہت علم ہونے کے باوجود بھی ہم اس امر کے متعلق صحیح طور پر یقین کرنے سے قاصر رہتے ہیں کہ بجلی کی روشنی کے وہ کونسے حصص ہیں جو یہ اثر پیدا کرتے ہیں۔ ایک مریض میں اُس کے قرنیہ کی سحابی حالت کے ساتھ صلبیہ کے اندر بھی غائر التہاب موجود تھا۔

عنبیہ اور جسم ہدبی - التہاب عنبیہ اور التہاب عینی وجسم ہدبی، عام طور پر اُن لوگوں میں دیکھا جاتا ہے جن پر بجلی گرتی ہے - ان میں سے بعض کے خزانہ مقدم کے اندر خون کی موجودگی کا مشاہدہ بھی کیا گیا ہے - زجاجیہ کے اندر بھی خون دیکھا گیا ہے - ان مریضوں میں سے صرف ایک مریض کے متعلق یہ شبہ تھا کہ اس کی یہ حالت بجلی گرنے کے نتیجہ میں نہیں پیدا ہوئی -

یہی حالت مثبت ومنفی بجلی کے آپس میں ملنے سے بڑا شعلہ پیدا ہونے پر ایک مرتبہ ایک شخص کی آنکھ میں دیکھی گئی - اس پر بجلی بالکل نہیں گری تھی، اس نے محض بجلی کے شعلہ کی طرف دیکھا تھا -

مذکورہ صورتوں میں نقصان پہونچنے کی وجہ - ضرب، کہربائی تخریب، اور کیمیاوی اثر وغیرہ ہو سکتے ہیں اس میں کوئی شک نہیں ہے کہ قرنیہ فوق البنفشی شعاعوں کو روک لیتا ہے مگر یہ فعل خاص حد تک انجام دیتا ہے اس کے بعد قرنیہ کی یہ طاقت کام نہیں آتی یعنی ان شعاعوں کا روکنا قرنیہ کے قبضہ و اختیار سے باہر ہوتا ہے -

عدسہ - بجلی کسی شخص پر گرنے کے بعد اُس کو موتیا بند کا لاحق ہونا ایک عام بات ہے، موتیا بند - کلّی اور جزئی دونوں قسم کا ہو سکتا ہے - اور جزئی موتیا بند ترقی کر کے بھی کلّی بن سکتا ہے - یہ بھی ممکن ہے کہ یہ جزئی ہی رہے - شاذ و نادر ایسا بھی دیکھا گیا ہے کہ موتیا بند خود بخود غائب بھی ہو گیا ہے -

ایک آنکھ اور عام طور پر دونوں آنکھیں بھی اس سے ماؤف ہو سکتی ہیں - اس میں کوئی شک نہیں کہ عدسہ کے اندر مختلف قسم کی غیر شفاف حالتوں کا پایا جانا ممکن ہے کہ مختلف اسباب کا نتیجہ ہو - اس کو ہم ذیل میں تفصیل کے ساتھ بیان کرتے ہیں -

کلّی موتیا بند عام طور پر نرم ہوتا ہے - اور اس کی ابتداء فوراً ہی نہیں ہوتی بلکہ مختلف وقت گذرنے کے بعد ہوا کرتی ہے - یہ وقت ایک ہفتہ یا اس سے زائد کا ہو سکتا ہے - اس کے بعد موتیا بند کی ابتداء سے لیکر پختہ ہونے تک کا وقت مختلف ہو سکتا ہے - یہ دیکھا گیا ہے کہ ان مریضوں میں کہربائی صدمہ کے بعد بہت جلد التہاب عینی وہدبی پیدا ہو جاتا ہے - اس کے علاوہ جن جانوروں میں ہم مصنوعی طور پر کہربائی صدمہ سے موتیا بند پیدا کرتے ہیں اُن میں بھی پہلے التہاب عینی وہدبی شروع ہوتا ہے - ہدبی احتقان پایا جاتا ہے جس کے ساتھ نزف الدم مشارک ہوتا ہے - اس کے بعد ۲ ہفتہ سے ۳ برس تک کے عرصہ میں موتیا بند شروع ہو جاتا ہے - مذکورہ صورت

ہیں ہم کہہ سکتے ہیں کہ ہڈی التہاب وغیرہ پہلے شروع ہو کر موتیا بند کا باعث بنتا ہے یا دونوں حالتیں کہربائی صدمہ کی وجہ سے ایک ہی وقت میں شروع ہوتی ہیں مگر ان کا نمایاں ظہور کیے بعد دیگرے ہوتا ہے۔

ہم کو معلوم ہوا ہے کہ بلا واسطہ اثرات ضرب سے بھی موتیا بند پیدا ہو سکتا ہے۔کیونکہ اس صدمہ سے غلاف عدسہ کے اندر کہیں پر چھوٹا سا سوراخ پیدا ہو جاتا ہے جس کے راستے سے عدسہ کے اندر رطوبت مائی داخل ہو جاتی ہے۔بہت ممکن ہے کہ کہربائی صدمہ کی وجہ سے بھی ایسا ہی واقعہ پیش آتا ہو۔

یہ خیال رکھنا چاہیے کہ شدید التہاب عینی وہدبی ایک طرف تو عدسہ میں مذکورہ اثرات پیدا کر سکتا ہے عام اس سے کہ ان اثرات کی وجہ سے پیدا ہونے والے موتیا بند کے ابتدائی مدارج کچھ پوشیدہ رہیں۔اور اس وجہ سے عدسہ کے اندر کے غیر شفاف مقامات کچھ عرصہ تک نہ نظر آویں۔اور دوسری طرف یہ غیر شفاف جزئی مقامات یا نقاط۔خطوط یا شبکہ صغیرہ کی صورت اختیار کر سکتے ہیں۔ہم پہلے بیان کر چکے ہیں کہ کہربائی صدمہ کی وجہ سے غلاف کا ضائع ہو جانا ممکن ہے اور یہ بھی ممکن ہے کہ غلاف عدسی کو ضرب پہونچے جس کی وجہ سے قرب و جوار میں موتیا بند یا غیر شفاف مقامات عدسہ کے اندر ظاہر ہوں۔اگر یہ تکلیف مقامی ہو تو اس کے نتائج بھی مقامی ہونگے۔

موخر قشری موتیا بند۔غالباً اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ بجلی گرنے کے بعد خدش سے جسم ہدبی ماؤف ہو جاتا ہے۔اور اس کی وجہ سے عدسہ کا اندرونی تغذیہ خراب ہو جاتا ہے۔لہذا اس قسم کا موتیا بند لاحق ہو جاتا ہے۔

مذکورہ بالا سطور میں بجلی گرنے کی وجہ سے مختلف قسم کے موتیا بند کے پیدا ہونے کے وجوہ کے متعلق صرف خیال ہی کیا جا سکتا ہے یا ان کے متعلق ہماری معلومات صرف نظری حیثیت رکھتی ہیں۔اور وہ حسب ذیل ہو سکتی ہیں

(۱) کہربائی صدمہ۔

(۲) ضرب۔

(۳) شعاعوں کا کیمیاوی اثر۔

(۴) کہربائی رو کی وجہ سے انسجہ کی تخریب یہی وہ وجوہ ہیں جو ان مختلف اقسام کے موتیا بند کا باعث

بنتے ہیں۔

زجاجیہ - زجاجیہ کے اندر بھی غیر شفاف مقامات یا سحابی کیفیت بجلی گرنے پر دیکھی گئی ہے۔ بعض اوقات یہ حالت اسقدر پھیلی ہوئی پائی جاتی ہے کہ بصارت بالکل ہی خراب ہو جاتی ہے۔ ان میں سے بعض کا سبب التہاب جسم ہدبی یا التہاب مشیمیہ یا التہاب شبکیہ ہوتا ہے۔ اور بعض نزف الدم کے بعد باقی رہنے والی حالت ہوتے ہیں۔ جو کہ حادثہ کے بعد زجاجیہ کے اندر لاحق ہوا کرتا ہے۔ اور بعض کا سبب مخصوص طور پر ضرب ہوتی ہے۔ جو کہ حادثہ کے وقت پہونچتی ہے۔

شبکیہ و مشیمیہ - بعض ماہرین نے مرکزی التہاب شبکی و مشیمی کو بھی ملاحظہ کیا ہے جو نہ صرف بجلی کی چمک کے بعد دیکھنے میں آیا ہے بلکہ بجلی گرنے کے بعد بھی دیکھا گیا ہے۔ ممکن ہے کہ ان دونوں حالتوں میں سبب ایک ہی ہو یعنی بقعہ صفراوی پر تیز روشنی کی شعاعوں کا اجتماع اس کا باعث ہو۔ یہ حالت گرہن کے اندھاپن سے مشابہ ہوتی ہے۔ فرق صرف اسقدر ہوتا ہے کہ ان دونوں حالتوں میں روشنی کا مبدا مختلف ہوتا ہے یعنی ایک میں سورج اور دوسری میں برقی رو کا شعلہ ان مریضوں میں انشقاق مشیمی بھی دیکھنے میں آیا ہے اس کا سبب بھی بجلی کے گرنے کی وجہ سے شدید قسم کی ضرب ہے۔ اسی وجہ سے شبکی نزف الدم رونما ہوتا ہے یا دونوں آنکھوں میں شبکیہ اپنے مقام سے اکھڑ جاتا ہے۔

عصب باصرہ - عصب باصرہ کے اندر بھی خطرناک تبدیلیاں رونما ہوتی ہیں۔ شروع میں اس کے اندر احتقان پایا جاتا ہے التہاب عصبی بھی لاحق ہوتا ہے۔ اس کے کچھ عرصہ کے بعد عصب باصرہ مضمور ہو جاتا ہے جس کی وجہ سے قرص بصری جزئی طور پر ماؤف ہو جاتی ہے۔ شروع میں بصارت احمر نمودار ہوتی ہے اسکے بعد دونوں آنکھوں کا میدان بصر سکڑ جاتا ہے اور اسی کے ساتھ مرکزی بصارت لونی بھی خراب ہو جاتی ہے۔

زرق الماء - اب تک صرف ایک مریض ایسا دیکھنے میں آیا ہے جس پر بجلی گرنے کے بعد زرق الماء لاحق ہوا۔ اور مریض کو اس مرض سے ۳ ہفتہ کے بعد نجات حاصل ہوئی۔ یہ زرق الماء التہاب طریق ہدبی کے بعد ثانوی طور پر لاحق ہوا ایسی صورت میں عارضی طور پر توتر عین کا بڑھ جانا ممکن ہے۔ بالخصوص اُس وقت یہ حالت اکثر مریضوں میں دیکھی جاتی ہے۔ جبکہ معالج جستجو میں رہے اور غور سے

ان مریضوں کی آنکھ کا معائنہ کرے۔

آنکھ کے خارجی عضلات کا استرخا ر۔ خارجی عضلات چشم کا استرخار بھی مختلف ماہرین کے مشاہدہ میں آیا ہے۔ اس کی وجہ عصبی یا عضلی ساختوں کا مضروب ہو جانا ہے۔ بہت ممکن ہے کہ ان ساختوں میں سے دونوں کو ضرب پہونچنے سے ایسا ہو۔ اس صورت میں حدقہ عین کا شدید انقباض قرنوی خراش کا نتیجہ ہوتا ہے۔

دوسرے اعصاب کی ضرب۔ مذکورہ بالا عوارض کے ساتھ دوسرے اعصاب کی آفتیں بھی پائی جاتی ہیں کسی شخص پر بجلی گرنے کے بعد اُس کی آنکھ کے نزدیک اگر زخم وغیرہ پائے جائیں تو ممکن ہے کہ یہ زخم بجلی کی رو کے گذرنے کی وجہ سے پیدا ہوئے ہوں بلکہ ان کا باعث لکڑی وغیرہ کے ٹکڑے ہوں۔ گرد و پیش کی ساختوں کے ٹوٹ پھوٹ جانے پر یہ اجزاء اُڑکر آنکھ کے اندر پہونچکر زخم پیدا کر دیں۔

ان حوادث کے متعلق مختلف کتابوں کے مطالعہ سے معلوم ہوتا ہے کہ ٹیلیفون اور تار کا کام کرنے والے لوگ اگر بجلی کے گرنے کے وقت یہ کام کر رہے ہوں تو اُن کو شدید چوٹ آتی ہے۔ جن لوگوں کی آنکھیں بجلی گرنے سے خراب ہو جاتی ہیں اُن میں سے اکثر تار اور ٹیلیفون کا کام کرنے والے ہوتے ہیں جس کی وجہ یہ ہے کہ تار اور ٹیلیفون پر کام کرنے والے سننے کا آلہ سر پر سے لاکر کانوں پر لگاتے ہیں اسی لئے کہربائی رو انکے سر کے اندر سے گذرتی ہے۔

ایسا بھی ہوتا ہے کہ گرم ممالک میں جہاں کہ آسمانی طوفان اور بادل بہت زیادہ آتے ہیں وہاں ایسے لوگ بہت زیادہ پائے جاتے ہیں جن کو طوفان کے زمانے میں دردِ سر اور اسی کے مشابہ شکایات لاحق ہوتی ہیں۔ ان شکایات کا مناظری خرابیوں سے کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ ایسے لوگ طوفان وغیرہ سے پہلے ہی باخبر ہو جاتے ہیں۔ کیونکہ ہوا کے اندر کے تغیرات کا علم ان کو اپنی شکایات یعنی دردِ سر وغیرہ سے ہو جاتا ہے۔

انذار مرض اور علاج۔ نتایج کا انحصار اس امر پر زیادہ ہوتا ہے کہ کونسی ساختیں اور کس حد تک ماؤف ہوئی ہیں، کہربائی التہاب ملتحمہ خود بخود غائب ہو جاتا ہے۔ بعض حالتوں میں عرصہ کے بعد آرام حاصل ہوتا ہے۔ قرنیہ کی سحابی حالت یا غیر شفاف مقامات مستقل صورت اختیار کر سکتے ہیں۔

اگر غائر انسجہ میں ضرب یا صدمہ پہونچ گیا ہو جس کی وجہ سے التہابی کیفیتیں رونما ہوں تو یہ عموماً عرصہ تک

نہیں اچھی ہوتیں - اور ان کی وجہ سے تھوڑا بہت اندھاپن ضرور لاحق ہوتا ہے جو کہ مستقل صورت اختیار کر سکتا ہے - جزئی موتیا بند خود بخود غائب ہوتے ہوئے شاذونادر ہی دیکھا گیا ہے - موتیا بند کے بڑھنے کی رفتار مختلف ہو سکتی ہے - اور چند ہفتوں سے لیکر چند ماہ اس کے پختہ ہونے میں لگ سکتے ہیں - اگر شبکیہ و عصب باصرہ میں نقصان پہونچ جائے اور اس کے ساتھ موتیا بند بھی لاحق ہو تو آپریشن کے بعد اس قسم کے موتیا بند کا انذار اچھا ہوتا ہے -

مذکورہ عوارض کا علاج - مناسب طریقہ پر کرنا ضروری ہے - اور اس علاج کا زیادہ یا کم مفید ہونا علامات مرض پر منحصر ہے - روشنی سے آنکھ کو حجاب یا چشمے کے ذریعہ بچانا بہت ضروری ہے - اسی کے ساتھ ساتھ عمومی دوران خون اور تغذیہ کو بہتر بنانے کی کوشش کرنا چاہیے -

نووکین، اور ایڈرینالین سے بہت فائدہ ہوتا ہے کنپٹی پر جونک لگانا یا آبلہ اٹھانا بھی مفید ہے، مریض کی تکالیف کا تدارک معالج کے لئے زیر بار احسان مریضوں کی تعداد میں اضافہ کرتا ہے -

سورج گرہن کی وجہ سے اندھاپن - سورج گرہن کے زمانہ میں اکثر مریض معالج خصوصی کے پاس آتے ہیں - جن کی مرکزی بصارت کلی یا جزئی طور پر زائل ہو گئی ہوتی ہے اس کا باعث اُن کا سورج کی طرف گرہن کی حالت میں دیکھنا ہے - سنہ ۱۹۱۲ء کے سورج گرہن میں جرمنی کے اندر ۳۵۰۰ مریض اسی قسم کے تھے - اسی طرح دوسرے ممالک میں بھی ایسے مریضوں کی تعداد بہت زیادہ تھی -

گرم ممالک میں اس سے بھی زائد تکلیف ہوتی ہے کیونکہ سورج کی شعاعیں سیدھی پڑنے کی وجہ سے زیادہ موثر ہوتی ہیں - اور یہاں کے باشندوں کو ان باتوں سے کما حقہٗ آگاہی نہیں ہوتی -

مذکورہ مریضوں کے متعلق معلوم ہوتا ہے کہ یہ لوگ سورج کی طرف زیادہ دیر تک دیکھتے رہتے ہیں، اندازہ لگایا گیا ہے بعض حالتوں میں ۵ - ۱۵ منٹ تک مریض سورج کی طرف دیکھتا رہا ہے -

اس تکلیف کا سبب یہی ہے کہ لوگ لاعلمی کی وجہ سے بہت زیادہ دیر تک سورج کی طرف دیکھتے رہتے ہیں اور جن کو کچھ علم بھی ہوتا ہے وہ کم سیاہ رنگ کے شیشے لگا کر دیکھتے ہیں جن کی سیاہی اسقدر نہیں ہوتی کہ وہ شعاعوں کو پوری طرح روک سکے، یا دوسرے حفاظتی ذرائع کم استعمال کرتے ہیں - بعض لوگ پیالہ یا کسی

برتن میں پانی ڈالکر اُس کی طرف دیکھتے ہیں۔ یہ طریقہ بھی خطرناک ہے۔

سورج گرہن کے علاوہ دوسرے وجوہ سے بھی یہ حالت پیدا ہو سکتی ہے، مثلاً سورج کے اندر دھبوں کو غور سے دیکھنے کے سلسلہ میں ایسا ہوتا ہے۔ ہندوستان میں انگلیوں کو آپس میں ملاکر اُن کی درمیانی درازوں سے سورج کی طرف دیکھنا ایک قسم کی مذہبی رسم ہے۔ اور مذہبی لوگ اس طریقہ پر عرصہ تک کاربند رہتے ہیں۔ ماہر کسالی نے ایسا اندھاپن دیکھا ہے جو کہ پانی کے اندر سورج گرہن کے عکس کو دیکھنے سے لاحق ہوا تھا۔

بعض حالات میں ایسا بھی دیکھا گیا ہے کہ چاول کے کھیتوں میں سے گھوڑے پر سوار ہو کر گذرنا جبکہ پانی کی سطح سے تیز منعکس شعاعیں نکل رہی ہوں التہاب شبکیہ کا باعث بنتا ہے۔ جو کہ سورج گرہن والے اندھاپن سے کسی طرح بھی تمیز نہیں کیا جا سکتا۔ ایسے وقت کشتی کھینا جبکہ پانی کی سطح سے سورج کی تیز شعاعیں منعکس ہو کر آنکھوں میں داخل ہو رہی ہوں اس سے بھی یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے۔

عورت و مرد دونوں یکساں مبتلا ہوتے ہیں۔ اور ہر عمر میں اس شکایت کا پیدا ہونا ممکن ہے بعض ماہرین کا خیال ہے کہ بچے اس سے محفوظ رہتے ہیں۔ جیسا کہ اس واقعہ سے معلوم ہوتا ہے کہ ۱۹۱۲ء کے سورج گرہن کو ایک شاگرد اور ایک اُستاد نے ایک ہی وقت میں دیکھا۔ اُستاد اندھا ہو گیا مگر شاگرد محفوظ رہا۔ بعض ماہرین کا خیال ہے کہ قصر بصر والی آنکھوں میں سورج گرہن والا اندھاپن شاذونادر لاحق ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ گرم ممالک میں یہاں کے باشندوں کی جلد کا رنگ یا اُن کے مشیمیہ کی تلوین بڑی حد تک اُن کو اس خطرہ سے محفوظ رکھتی ہو۔ ایک یا دونوں آنکھوں کا ماؤف ہونا اس امر پر منحصر ہے کہ سورج کی طرف دیکھتے وقت ایک آنکھ بند کر لی گئی تھی یا نہیں؟ عام طور پر لوگ صرف ایک آنکھ سے گرہن کی طرف دیکھتے ہیں اسلئے صرف ایک ہی آنکھ ماؤف ہوتی ہے۔

سورج گرہن سے پیدا ہونے والے اندھاپن کے متعلق مفصل حالات ۔ زمانہ قدیم کے اطبار کو بھی اس امر کا علم تھا کہ سورج کی طرف دیکھنے اور برف سے منعکسہ شعاعوں کی وجہ سے اندھاپن پیدا ہو سکتا ہے۔ اور یہ معلومات جالینوس و ارسطاطالیس کے زمانہ کی ہیں۔ بعدہ سترھویں صدی میں یورپ نے اسکے متعلق کافی علم حاصل کیا۔ اور مختلف ناموں سے اس تکلیف کو نامزد کیا۔ ۱۹۱۲ء میں اس کے متعلق جسقدر زیادہ لکھا گیا ہے اتنا کسی زمانہ میں بھی نہیں بیان کیا گیا۔

علامات - علامات کا انحصار زیادہ تر شعاعوں کی شدت اور اُس وقت پر ہوتا ہے جس میں کہ شبکیہ ان شعاعوں کے زیر اثر رہتا ہے - علاوہ بریں اور اسباب بھی ایسے ہیں جو اس میں کمی وبیشی پیدا کرتے ہیں - آنکھ کے اندر تلوین کا موجود ہونا اس کے شدید اثرات کو کم کر دیتا ہے - ذاتی طور پر بھی ایسا دیکھا گیا ہے کہ بعض افراد زیادہ اثر کو قبول کرتے ہیں اور بعض کم - اس کی سب سے بڑی علامت مرکز میں مثبت عتمہ کی موجودگی ہے - سورج کی طرف دیکھنے کے بعد فوراً ہی مریض کی آنکھ میں ایک "باقی شبیہ" (Afterimage) محسوس ہوتی رہتی ہے - جس کی وجہ سے اس کی مرکزی بصارت دھندلی یا غیر صاف ہو جاتی ہے - یہ مرکزی عتمہ آنکھ کی ہر حرکت کے ساتھ حرکت کرتا ہے مگر اپنی نسبتی وضع کو میدان بصر میں بالکل نہیں بدلتا - اس کا قطر نصف سے ۲ ڈگری تک ہوتا ہے "ماہر ولارڈ" کے خیال کے مطابق اس کا حجم اتنا بڑا ہوتا ہے کہ ۲ میٹر کے فاصلہ پر انسان کے چہرہ کو ڈھانک لیتا ہے یعنی ایسے مریض کے سامنے اگر دوسرا شخص ۲ میٹر کے فاصلہ پر کھڑا ہو جائے تو یہ عتمہ پورے چہرہ کو ڈھانک لیتا ہے - ماہر موصوف کا خیال ہے کہ اس کے کنارے بالکل صاف اور خط نما ہوتے ہیں - ہرش ہر سفلڈ" کا خیال ہے کہ اس عتمہ کے باہر چاروں طرف ایک رقبہ ایسا ملتا ہے جو زرد رنگ کے لئے نسبتی عتمہ کہلاتا ہے - اور کافی دور تک پھیلا ہوتا ہے - خفیف حالت میں پورا عتمہ نسبتی ہو سکتا ہے - مگر ایسا شاذ و نادر ہی دیکھنے میں آتا ہے یعنی اسکا اوسط ۲ فی صدی سے زائد نہیں ہوتا - ہمارا خیال ہے کہ عام طور پر یہ عتمہ گول ہوتا ہے کیونکہ شبکیہ پر سورج کی شبیہ بننے کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے - اور گرہن کی حالت میں کچھ حصہ سورج کا زمین کے حجاب میں آجاتا ہے لہذا اس کا گول ہونا بعید از قیاس ہے - ماہر آسک" کے اشکال کے سلسلہ میں ہم کو معلوم ہوگا کہ شبیہ باقی درست ہے - بعض اوقات یہ عتمہ آہستہ آہستہ اُس سطح سے غائب ہو جاتا ہے جس میں پہلے موجود تھا، اور اس کی کوئی دلیل نہیں ہوتی

ایک علامت اور بھی ایسے مریضوں میں ملتی ہے جس کو ہم حلقہ نما عتمہ سے موسوم کرتے ہیں مگر یہ عموماً ان مریضوں کی آنکھ میں شروع کے مدارج میں پائی جاتی ہے - بعض اوقات اس کا حلقہ غیر مکمل ہوتا ہے - ایسی حالت بعض اوقات ہوائی جہازوں میں اُڑنے والوں میں بھی پائی جاتی ہے - اور اُن لوگوں میں بھی پائی جاتی ہے جو ہوائی جہازوں کو توپ سے برباد کرنے پر متعین ہوتے ہیں - ایک ماہر نے ہوائی جہازوں میں اُڑنے والے ۹ افسروں میں سے ۵ کی آنکھ کے اندر حلقہ نما عتمہ مشاہدہ کیا ہے - ماہر موصوف کا خیال ہے کہ ان لوگوں کی آنکھوں

میں بہت تیز روشنی داخل ہوتی ہے جس کی وجہ سے شبکیہ کے محیطی حصص پہلے ماؤف ہوتے ہیں اور یہ مرض خاص کر گرم ممالک میں پایا جاتا ہے۔

مذکورہ بالا علامات کے علاوہ بصارت کی تیزی بھی کم ہو جاتی ہے۔ بعض اوقات یہ کمی مستقل صورت اختیار کر لیتی ہے۔ بصارت لوٹنے کے متعلق ماہرین مختلف الرائے ہیں۔ اگر بصارت کبھی ماؤف ہو تو عموماً مرکزی بصارت کے مقام پر آفت ہوتی ہے۔ اس حالت میں میدان بصر سکڑا ہوا نہیں ہوتا۔ اکثر مریض اپنی آنکھ کے سامنے دھبوں کے احساس کی شکایت کرتے ہیں۔ یہ دھبے زرد، نیلے، نیلگوں خاکستری، برون یا سیاہ ہو سکتے ہیں۔ ایک مریض کو اپنی آنکھ کے سامنے گرہن کی طرف دیکھنے کے بعد سرخ گیند ایسا دکھائی دیتا تھا بعض مریضوں میں دوسری قسم کے شکایتیں اُن کی بصارت میں لاحق ہوتی ہیں۔

ایک عورت کا ذکر ہے اُس نے دس منٹ تک سورج کی طرف بغیر کسی حفاظت کے دیکھا اس کے بعد تین روز تک اُس کو ہر شے بنفشی رنگ کی دکھائی دیتی تھی۔ لوگوں کے چہروں کا رنگ بھی اس کو نیلگوں اور ایسا معلوم ہوتا تھا کہ اُن کو کسی نے مار کر نیلا کر دیا ہے۔ اس کے بعد مختلف اشیاء کی طرف دیکھنے پر پہلے وہ صاف دکھائی دیتی تھیں اور کچھ دیر کے بعد آہستہ آہستہ وہ بالکل نظر سے غائب ہو جاتی تھیں آخر میں اس کی بصارت درست ہو گئی مگر حرکت کرتا ہوا ئمتہ عرصہ تک اُس کی آنکھ میں باقی رہا بعض ماہرین نے یہ بھی دیکھا ہے کہ ایسے مریضوں کو چوند کی شکایت لاحق ہو جاتی ہے اور اُن کی آنکھ سے پانی بہتا ہے۔ مجر کے گرد درد محسوس ہوتا ہے اور حاد رمد نزلی بھی موجود ہوتی ہے جس کا مطلب یہ ہے کہ تیز روشنی کے اثرات کی وجہ سے یہ علامتیں ان کے اندر پیدا ہوتی ہیں۔ لہذا غلطی سے اُن کو شبکیہ کے عوارض والی علامتیں نہ سمجھنا چاہیے۔

منظار عین کے ذریعہ قعر عینی کی حالت۔ مختلف ماہرین نے اس کے متعلق مختلف باتیں تحریر کی ہیں۔ لیکن خاص امور میں سب متفق الرائے ہیں۔ شروع میں کوئی چیز نہیں معلوم ہوتی۔ آگے چلکر علامات کا ظہور ہوتا ہے۔ ماہر "لوم" نے ۳۰ فیصدی مریضوں کو شبکیہ کے عوارض سے محفوظ پایا۔ بقیہ مریضوں کے بقعہ صفراوی پر سحابی کیفیت طاری تھی، اور اُس کی سطح پر زرد، خاکستری، برون، رنگ کے داغ معلوم ہوتے تھے عام طور پر یہ رقبہ سیاہی مائل برون یا خاکستری ملتا تھا۔ حفیرہ مرکزی زیادہ سرخ نظر آتا تھا۔ ماہر "فیرنٹی" کے خیال

کے مطابق پہلے پہل بقعہ صفراوی پر خاکستری دھبے ملتے ہیں۔ اور اس کے گرد مٹیالا سرخ حلقہ ہوتا ہے جس کا رنگ روشن سرخ نہیں ہوتا۔ اس کے باہر شبکیہ میں سحابی حالت موجود ہوتی ہے۔ تین یا چار ہفتے کے بعد بقعہ صفراوی میں احتقان دموی رونما ہوتا ہے۔ اور اس احتقانی رقبہ کے چہار طرف روشن سرخ حلقہ نظر آتا ہے۔ جس کے باہر دھندلا سرخ حلقہ ہوتا ہے۔ بعدۂ صحر عینی بالکل طبعی حالت پر آسکتا ہے۔ ماہر بووس بیان کرتے ہیں کہ بقعہ صفراوی سرخی مائل یا خاکستری ہوتا ہے اور اس کے اندر شبکیہ کا انعکاسی ردعمل غائب ہوتا ہے۔ ملون بھینوی دھبے یا روشن زرد نقاط بھی پائے جاتے ہیں۔ مختلف ماہرین کا خیال ہے کہ نہایت سرخ بقعہ صفراوی کے اندر مرکزی خاکستری مقام کی موجودگی حقیقتاً سورج کی شبیہ کا نشان ہے۔

ہرش ہرسفلڈ کے مریضوں میں اس کے بیان کے مطابق بقعہ صفراوی طبعی حالت سے زیادہ سیاہ رنگ کا ہوتا ہے اور اس کے اندر ہلکے رنگ کے زرد یا خاکستری دھبے پائے جاتے تھے۔ حفیری انعکاس طبعی حالت سے بڑھا ہوا تھا۔

مختلف ماہرین کا خیال ہے کہ بقعہ صفراوی میں جسقدر تبدیلیاں ہوتی ہیں اُن سے کہیں زیادہ بصارت خراب ہوجاتی ہے۔ حالانکہ ان تبدیلیوں کے مقام کے اعتبار سے بصارت کو اسقدر زیادہ نہ خراب ہونا چاہئے۔

تشریح مرضی - سورج گرہن کی طرف دیکھنے سے جو تبدیلیاں شبکیہ و مشیمیہ کے اندر رونما ہوتی ہیں اُنکے متعلق جو کچھ معلومات ہم کو ہیں وہ حیوانوں کی آنکھوں پر تجربہ کرنے سے حاصل ہوئی ہیں۔ ان میں کسی حدتک اضافہ اسوجہ سے ہوسکا ہے کہ تجربات کے وقت مختلف حالات کے متعلق بھی غور وخوض کیا گیا ہے۔

آنکھ کے انعطافی واسطوں کی علت غائی یہ ہے کہ جس شے کی طرف دیکھا جائے اس کی شبیہ بقعہ صفراوی پر اپنے اندر سے گذرنے والی شعاعوں کو ایک مرکز پر جمع کرکے بنادیں۔ اسی بنا پر بعض ماہرین کا یہ خیال ہے کہ سورج کی شعاعیں جو بقعہ صفراوی پر آکے جمع ہوتی ہیں۔ وہ اس جگہ کی حساس ساختوں کو جلادیتی ہیں۔ بعینہٖ اس کی مثال ایسی ہے جیسا کہ ہم ایک محدب شیشے کے اندر سے سورج کی شعاعوں کو گذار کر ایک مرکز پر جمع کرتے ہیں۔ اور اس مرکز پر گرمی اسقدر شدید ہوجاتی ہے کہ اگر کوئی جلنے والی چیز اُس مقام پر موجود ہو تو اُس میں آگ لگ جاتی ہے۔ اس میں شک نہیں کہ خزانہ مقدم کی رطوبت گرمی کی شعاعوں کو روک لیتی ہے تاہم یہ اپنا اثر کئے بغیر نہیں رہتیں۔

بعض ماہرین کا خیال ہے کہ فوق البنفشی شعاعیں جن کا اثر کیمیاوی ہوتا ہے جب یہ شبکیہ پر پڑتی ہیں تو التہاب شبکیہ پیدا کر دیتی ہیں مگر آنکھ کے اندر معمولی حالات میں بہت زیادہ یہ شعاعیں شبکیہ تک نہیں پہونچتیں، کیونکہ قرنیہ، عدسہ، اور رطوبت زجاجیہ وغیرہ سے راستہ ہی میں رُک جاتی ہیں اس کی توجیہ کے متعلق ہمارے پاس دو صورتیں ہیں۔

(۱) طیف شمسی کی روشن شعاعوں کو اس کا سبب سمجھیں۔

(۲) فوق البنفشی شعاعوں کو اس کا باعث قرار دیں۔

سورج کی روشن شعاعوں کو اس کا سبب ٹھہرانے میں ہماری تائید اس طرح بھی ہوتی ہے کہ بعض جانوروں کی آنکھوں میں ان شعاعوں کی وجہ سے شبکی مخروطی اجسام میں و نیز اس کی تلوین میں حرکت پیدا ہوتی ہے۔ اور یہ امر قرین قیاس ہے کہ اگر ان شعاعوں کی مقدار بڑھا دی جائے تو حساس اور نازک ساختوں میں ان کی وجہ سے تبدیلیاں پیدا ہو سکتی ہیں۔ ماہر ہرش ہر سفلڈ کا خیال ہے کہ ہم ان روشن شعاعوں کو کسی طرح نظر انداز نہیں کر سکتے کیونکہ معمولی حالات میں آنکھ کی ساختوں کے لئے گرمی پیدا کرنے والی ان شعاعوں کو کلیتاً روک لینا ممکن ہے مگر جب ان کی مقدار حد سے زیادہ آنکھ کے اندر داخل ہو تو اُن میں سے متعدد شعاعیں بقعہ صفراوی پر پہونچکر اُس کو ماؤف کر سکتی ہیں۔ ماہر ایڈلیر، وغیرہ نے شبیہ باقی کے سلسلے میں یہ معلوم کیا ہے کہ طیف شمسی کی روشن شعاعیں اس کی فرمہ دار ہوتی ہیں۔ اب اس سلسلہ میں نئی اور تازہ معلومات کا انتظار کرنا چاہیئے۔

ماہر برش ہر سفلڈ، نے خرگوشوں پر تجربات کر کے تشریحی تبدیلیوں کے متعلق جو معلومات بہم پہونچائی ہیں اُن کے صلہ میں ہم کو اُن کا شکر گذار ہونا چاہیئے۔

شبکیہ کے بیرونی پرت کی ساختوں میں نقصان پہونچتا ہے اس میں تلوینی بشرہ اور مشیمیہ دونوں شریک ہوتے ہیں عصوی و مخروطی اجسام پھول کر ٹیڑھے میڑھے ہو جاتے ہیں۔ ان کے اندر تلوین بڑھ جاتی ہے اجسام بیضیہ کا انجماد رونما ہوتا ہے۔ ساختوں میں سائل دموی کا انصباب ہوتا ہے اور مشیمیہ میں احتقان پایا جاتا ہے۔ ماہر ڈو مارک، نے تیز بجلی کی روشنی حیوانوں کی آنکھوں میں ڈالی اُس سے جو نتائج حاصل ہوئے وہ بہت دلچسپ ہیں۔ اس کے ماتحت شبکیہ کے اندر تہیج رونما ہوا شبکیہ کے عصبی اجزاء تباہ ہو گئے (عصبی اجزاء میں شبکیہ کا بیرونی پرت مع اجسام عصوی و مخروطی کے شامل ہے) اسی کے ساتھ عصبی تہہ بھی ضائع ہو گئی۔

انذارِ مرض - اس کے متعلق بہتری یا بد تری کا فیصلہ اس امر پر منحصر ہے کہ ساختوں کو کتنا نقصان پہونچا ہے - اگر نقصان کم پہونچا ہو تو مرض کا ازالہ کلیتاً ہو جاتا ہے - اس کی تائید مختلف ماہرین کے تجربات سے ہوتی ہے - مگر اس امر کے متعلق فیصلہ کرنا ممکن نہیں کہ واقعتاً شفا حاصل ہوتی ہے یا نہیں ؟ جن مریضوں کے متعلق بیان کیا جاتا ہے کہ کلیتاً اُن کے مرض کا ازالہ ہو گیا تھا یا کلی شفا حاصل ہو گئی ہے - اُن کے متعلق اس امر کا ادعا، مکمل امتحان کے بعد زیادہ مناسب ہو گا - تاہم مندرجہ ذیل امور میں ماہرین متفق الرائے ہیں -

(۱) زیادہ اچھے انذارِ مرض والے وہ مریض ہوتے ہیں جن کے قعر عینی میں کوئی تبدیلی نہ معلوم ہوتی ہو -

(۲) اگر عتمہ کلی ہو تو فائدہ نہیں ہوتا - مگر نسبتی عتمہ کی صورت میں کچھ فائدہ ہو جانا ممکن ہے -

(۳) مریض نے جسقدر زیادہ دیر تک سورج کی طرف دیکھا ہو اُتنا ہی انذارِ مرض خراب ہوتا ہے -

(۴) عتمہ جتنا بڑا ہو اُسی قدر انذارِ مرض اچھا نہیں ہوتا -

(۵) سورج کی طرف دیکھنے کے بعد بینائی کے بہتر ہونے میں جسقدر زیادہ دیر لگے اُتنا ہی انذارِ مرض خراب ہو گا اگر مریض کو ایک ماہ تک تکالیف میں کوئی افاقہ نہ محسوس ہو تو انذارِ مرض خراب ہوا کرتا ہے - بعض حالتوں میں ایسے مریض بھی بالکل اچھے ہوتے ہوئے دیکھے گئے ہیں جن کی بصارت میں مہینوں تک کوئی افاقہ نہیں ہوا تھا - خفیف حالتوں میں ہفتہ بھر کے اندر بصارت بہتر ہو جاتی ہے -

(۶) ان مریضوں کو اگر عام طور پر چکاچوند کی شکایت لاحق ہو تو انذارِ مرض خراب ہوتا ہے -

(۷) رقصی عتمہ، مہینوں اور بعض اوقات برسوں تک قائم رہتا ہے -

(۸) شدید حالتوں میں عرصہ کے بعد کچھ بہتری رونما ہوتی ہے - ممکن ہے کہ وہی حالت قائم رہے یا مزید خرابی کی طرف مائل ہو جائے معالج کو چاہئے کہ مریض کو اپنی رائے دینے میں غور و خوض سے کام لے بالخصوص اُن مریضوں کے متعلق جن میں کہ علامات خرابی کی طرف اشارہ کر رہی ہوں -

حفظ ماتقدم و علاج - سورج کی شعاعوں سے اگر ایک مرتبہ بھی شبکیہ و شیمیہ مضروب و ماؤف ہو جائیں تو نظری حیثیت سے کوئی علاج ایسا نہیں کہ جس سے فائدہ کا امکان ہو - ہمارا علاج عام اصول پر مبنی ہوتا ہے - مریض کو آرام دیا جائے - حجاب یا سیاہ عینک کے ذریعہ آنکھوں کو تیز روشنی سے محفوظ رکھا جائے - پڑھنا

لکھنا، کام کاج کرنا بالکل بند کرا دیں۔ اگر حادثہ کو تھوڑا عرصہ گذرا ہو تو مریض کو تاریک کمرے میں رکھیں۔ جونکیں لگوائیں، تکمیدات سے کام لیں، اور مسہل دیں۔ گرم پانی سے پاشویہ کیا جائے۔ اس کے بعد آیڈہ اٹھائیں۔ جوہر کچلہ اور آیوڈائیڈ دیں زیر ملتحمہ طبعی نمکین سیال کی تلقیحات کریں۔

حفظ ماتقدم۔ نہایت ضروری ہے۔ معالج امراض چشم کو چاہئے کہ گرہن سے پیشتر اپنے حلقہ اثر میں لوگوں کو متنبہ کردے کہ گرہن کی طرف کوئی شخص نہ دیکھے۔

ایل مچھلی کے خون سے پیدا ہونے والا التہاب ملتحمہ۔ ٹاکاشیما جو (جاپانی) امراض چشم کا ماہر ہے اس نے خاص قسم کا التہاب ملتحمہ بیان کیا ہے جو کہ مچھلی پکڑنے والوں کی آنکھ میں ایل مچھلی کا خون لگنے سے پیدا ہوتا ہے۔ حیوانوں پر تجربہ کر کے اس نے تحقیق کیا کہ خون کو ملتحمہ کے اندر داخل کرنے سے اوسط درجہ کا دموی احتقان اور ملتحمی ورم پیدا ہوتا ہے۔ جو کہ عارضی ہوا کرتا ہے۔ ایسی آنکھ میں یہ خون داخل کرنے سے رد عمل شدید ہوتا تھا جو کہ پہلے سے ماؤف ہو۔ ماہر موصوف کا خیال ہے کہ خون کے اندر تکلیف والا اجزا اجسام زلالی کی حیثیت سے موجود ہوتا ہے۔

اسی طرح ماہر اوبلاتہ نے ایل مچھلی کے خون اور صفرا کے لگنے سے بھی التہاب ملتحمہ کو دیکھا ہے۔ اور اس نے تجربہ سے معلوم کیا ہے کہ ایل مچھلی کے مصل دموی کے ساتھ اگر سرخ کیسے ملائے جائیں تو ان کی تحلیل رونما ہوتی ہے۔ اور یہ رد عمل اسقدر شدید ہوتا ہے کہ اگر مصل دموی کی تخفیف ۰۴۶ میں اتک کر لی گئی ہو تو بھی یہی رد عمل ظاہر ہوتا ہے۔ ماہر موصوف کا تجربہ ہے کہ یہ التہاب تقریباً ۶ ہفتہ تک قائم رہتا ہے۔

کیڑے مکوڑوں اور دوسرے جانوروں کے کاٹنے کا آنکھ پر اثر۔ بھڑیں اور شہد کی مکھیوں کے کاٹنے کا اثر۔ اجفان یا آنکھ پر ان کا کاٹنا بھی ایک قسم کا حادثہ ہے۔ اس وجہ سے بھی بعض اوقات شدید عوارض لاحق ہو جاتے ہیں۔ چونکہ یہ حشرات الارض ہمارے ملک میں گھروں میں اور گھروں کے آس پاس رہتے ہیں اسلئے اکثر اوقات ان کی وجہ سے ایسے حوادث پیش آتے ہیں۔ بعض اوقات ایسا بھی ہوا ہے کہ ان کے کاٹنے کی وجہ سے آنکھ کو شدید نقصان پہونچا ہے۔ ان کے کاٹنے کی وجہ سے شدید اور لاذع قسم کا درد ہوتا ہے جس سے جفن میں انقباض رونما ہو جاتا ہے۔ ان کا ڈنک کاٹنے میں ٹوٹ جاتا ہے

جو کہ بعد میں اجفان سے گذر کر ملتحمہ و قرنیہ یا دونوں کو نقصان پہونچا سکتا ہے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ شاید عین ہی میں یہ کیڑے ڈنک ماریں اور ان کے ڈنک ملتحمہ، قرنیہ یا صلبیہ کے اندر پہونچ جائیں۔

شہد کی مکھی کے ڈنک میں باعتبار بریں کے ڈنک کے اندر گزر جانے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے۔ کیونکہ یہ دو مرتبہ ٹیڑھا ہوتا ہے اور بریں کا ڈنک سیدھا ہوتا ہے، ممکن ہے کہ یکایک اجفان کے زور سے بند ہونے پر اس قسم کا ڈنک ٹوٹ کر اندر رہ جائے۔

معمولی علامات مثلاً تہیج، اجفان کے رنگ کی تبدیلی (نیلگونی) ملتحمہ کا احتقان اور ورم، قرنیہ کا قرحہ اور شدید درد کے علاوہ مندرجہ ذیل علامتیں پیدا ہوتی ہیں۔

(۱) قرنیہ کا محافظ بشرہ بالکل غائب ہو سکتا ہے۔ اور اس میں بہت زیادہ سحابی کیفیت کا پیدا ہونا ممکن ہے۔

(۲) نمایاں التہاب ہدبی دبینی جس کے ساتھ احتقان ہدبی ہو سکتا ہے۔ خزانہ مقدم میں ارتشاح صدیدی اور نقطہ دار التہاب قرنیہ کا پایا جانا بھی ممکن ہے۔ عنبیہ کا رنگ خراب ہو جاتا ہے۔ حدقہ عین سکڑ جاتا ہے۔

(۳) ڈنک مارنے کے بعد موتیا بند لاحق ہو سکتا ہے جس کی وجہ یا تو سمیت کا داخلہ ہوتی ہے یا بلا واسطہ عدسہ کے اندر ڈنک کے چلے جانے کی وجہ سے ایسا ہوتا ہے۔ ماہر بایر، کا ایک مریض تھا جس کو اسی طرح موتیا بند پیدا ہوا اور خیر و خوبی کے ساتھ اس کا آپریشن کیا گیا۔

(۴) عمومی شدید علامتیں بھی ظاہر ہو سکتی ہیں۔

ماہر ہنیالڈ نے خرگوش پر تجربات کئے جن میں شہد کی مکھیوں کا ڈنک قرنیہ میں ہمیشہ ٹوٹ جاتا تھا اور اس زخم سے شعاعی طور پر قرنیہ میں چنٹیں ظاہر ہوتی تھیں۔ خزانہ مقدم میں ارتشاح صدیدی رونما ہوتا تھا۔ مقدم قطبی موتیا بند بھی لاحق ہوا۔

ہنیالڈ کا خیال ہے کہ اس قسم کا موتیا بند پیدا ہونے کی وجہ غلاف عدسہ کے اندر سوراخ کا ہونا نہیں ہے بلکہ سمیت کی وجہ سے عدسی غلاف کے بشرہ میں فساد پیدا ہو جاتا ہے اور رطوبت مائی اس کے اندر داخل ہو جاتی ہے۔

طب کی کتابوں میں ایک مریض کے متعلق بیان کیا گیا ہے کہ نامعلوم قسم کے ایک کیڑے نے اسکو کاٹا جس کی وجہ سے التہاب عصب باصرہ لاحق ہوا۔ ممکن ہے کہ کیڑے کے ڈنک کے ساتھ عفنی مواد بھی جسم کے اندر داخل ہو گئے ہوں جن کی وجہ سے یہ حالت پیدا ہوئی ہو۔

ان مریضوں کے علاج کے سلسلہ میں خیال رکھنا چاہیئے کہ پہلے ان کی آنکھ کا معائنہ نہایت غور کے ساتھ کیا جائے اور ڈنک کو جفن میں اس کی زیریں سطح کی طرف دیکھکر نکال دیا جائے بشرطیکہ یہ موجود ہو۔ جب یہ موجود ہوتا ہے تو اس کے گرد چھوٹی سی سخت گرہ بن جاتی ہے۔ عام طور پر انذار مرض اچھا ہوتا ہے۔ مگر جب ایک مرتبہ آنکھ میں آپریشن ہو چکا ہو جس کے نتیجے میں لیفی ندبی ساخت اسفنجی قسم کی بنی ہو تو ان آنکھوں میں شدید التہاب طریق ہدبی کا خطرہ رہتا ہے۔ معمولی حالات میں گرم بورک تکمیدات کافی ہوتی ہیں۔ جب آنکھ کھل جائے تو بورک محلول سے اسکو دھوئیں۔

آنکھ میں مچھر کا کاٹنا۔ شاذ و نادر ایسا حادثہ پیش آتا ہے۔ اجفان متورم ہو جاتی ہیں، کبھی ملتحمہ میں بھی خفیف احتقان رونما ہوتا ہے۔ مگر عام طور پر ملتحمہ صاف ہوتا ہے۔ بچوں میں یہ حادثہ زیادہ پیش آتا ہے۔ کبھی یہ حالت ہندوستان میں مقیم انگریزوں، بچوں اور بڑوں میں بھی ملتی ہے۔

علاج۔ گرم بورک تکمیدات سے کام لیں۔ اس سے حالت بہت جلد درست ہو جاتی ہے۔ اگر مچھر کاٹنے سے پہلے کسی عفنی مقام پر بیٹھ چکا ہو تو علامات خطرناک بھی ہو سکتی ہیں۔ ایسی صورت میں اگر الحمرا وغیرہ اسکے ساتھ لاحق ہو جائے تو حالت خطرناک ہو سکتی ہے۔ بعض اوقات مجری نسیجوں کا التہاب منتشرہ بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ ان حالتوں میں عمومی اصول جرحی کے مطابق علاج کیا جاتا ہے۔

چھوٹے کیڑے مکوڑوں کے کاٹنے کا آنکھ پر اثر۔

موٹر یا کسی دوسری تیز سواری پر چلتے ہوئے بعض اوقات یہ حشرات الارض آنکھ کے اندرونی حقیم کے مقام پر آنکھ سے ٹکراتے ہیں یا آنکھ میں پڑ جاتے ہیں، اور فوراً ہی ان کے کاٹنے کی تکلیف محسوس ہونے لگتی ہے۔ آنکھ میں کھٹک ہوتی ہے یا پانی بہتا ہے اور آنکھ سرخ ہو جاتی ہے۔

علاج۔ جب ایسا حادثہ پیش آئے تو آنکھ کو ملنا نہ چاہیے، احتیاط کے ساتھ آنکھ کے اندر سے ان کو نکالیں

کی کوشش کی جائے بشرطیکہ یہ آنکھ میں موجود ہوں۔ اگر ممکن ہو تو بورک محلول کو مقل چشم میں بھر کر آنکھ دھو ڈالیں اگر بعد میں مزید تکلیفات پیدا ہو جائیں تو ان کے لحاظ سے علاج کیا جائے۔

چیونٹی یا چیونٹے کے کاٹنے کا آنکھ پر اثر۔ ہندوستان میں مختلف قسم کی چیونٹیاں اور چیونٹے پائے جاتے ہیں۔ بڑے چیونٹے گو کہ خطرناک معلوم ہوتے ہیں مگر کاٹتے بہت کم ہیں۔ آنکھ کے نزدیک ان کے کاٹنے کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ کبھی سونے کی حالت میں یہ آدمی کے چہرہ پر سے گذرتے ہوتے ہیں اسی حالت میں انسان کا ہاتھ ان پر پڑجاتا ہے یا وہ شخص ان کو مل دیتا ہے جس کی وجہ سے یہ کاٹ لیتے ہیں۔

چھوٹی سرخ چیونٹیاں تکلیف دہ ہوتی ہیں۔ کیونکہ ان کے کاٹنے سے زہریلا اثر پیدا ہوتا ہے بالخصوص جبکہ یہ بہت زیادہ تعداد میں اجفان پر کاٹیں۔ ورم بہت زیادہ ہو سکتا ہے جس کے ساتھ درد شدید ہوتا ہے یہ چیونٹیاں بعض اوقات جلد کی چینٹوں میں چھپی رہتی ہیں کبھی ملتحمہ کے اندر بھی پائی جاتی ہیں۔ اگر یہ ملتحمہ میں موجود ہوں تو بہت زیادہ خراش پیدا ہوتی ہے کیونکہ آنکھ کے اندر ملتحمہ میں شے غریب کے مانند ان کا اثر ہوتا ہے۔

اگر ایک مرتبہ کسی مقام کو یہ خوب زور سے منہ میں پکڑ لیں تو ان کو وہاں سے علیحدہ کرنا مشکل ہو جاتا ہے بعض اوقات اسی کشمکش میں ان کا جسم ٹوٹ جاتا ہے اور سر ساختوں میں گھسا رہتا ہے۔ پھر آخر میں نسیجوں میں سے بطور ناکل یہ خود بخود الگ ہو جاتا ہے۔ گندے بچے اور اشخاص باعتبار صاف ستھرے لوگوں کے ان کے زیادہ شکار ہوتے ہیں۔ ہمارے ملک میں اکثر لوگ زمین پر کپڑا بچھا کر سونے کے عادی ہوتے ہیں اسلئے بہ نسبت اُن لوگوں کے جو بستر اور چارپائی پر سونے کے عادی ہوتے ہیں اُن کو یہ کیڑے مکوڑے عام طور پر زیادہ کاٹتے ہیں۔

علاج۔ پہلے غور سے چیونٹیوں کو دیکھیں اگر کوئی چیونٹی موجود ہو تو اُس کو الگ کر دیں اجفان پر بہر بری سے احتیاط کے ساتھ ایمونیا لگائیں۔ اگر چیونٹی ملتحمہ کے اندر موجود ہو تو اُس کو الگ کرنے کے بعد بورک محلول سے آنکھ کو دن میں کئی مرتبہ دھوئیں۔

جونک کے کاٹنے کا اثر۔ یہ حادثہ اُن مقامات پر اکثر پیش آتا ہے جہاں گرمی کے ساتھ پانی کی افراط کی وجہ سے گھاس وغیرہ بہت زیادہ موجود ہو مثلاً دریاؤں اور آبشاروں کے قرب وجوار میں کیونکہ پانی بہنے میں اپنی دھار کی وجہ سے دور تک پہونچ جاتا ہے ان مقامات پر حشرات الارض، جونک وغیرہ عام طور پر موجود ہوتی

ہیں بعض جونکیں بہت چھوٹی مگر اپنی طاقت میں چیتے کی طرح خونخوار اور گرد و غبار کی طرح ہر چیز میں گھس جانے والی ہوتی ہیں۔ ان کو جہاں پر معمولی درز بھی ملتی ہے بآسانی اُس کے اندر پہونچ جاتی ہیں، چہرہ، اجفان، ملتحمہ بھی ان سے محفوظ نہیں رہتے۔ مگر خوش قسمتی سے جب ان جونکوں کا پیٹ بھر جاتا ہے تو جسم سے چھوٹ کر الگ گر پڑتی ہیں۔ کمزور قسم کے نمکین سیال کے ذریعہ بھی ان کو ہم الگ کر سکتے ہیں۔ بعض اوقات ایسا بھی دیکھا گیا ہے کہ زندہ جونکیں بعض مریضوں کے ملتحمہ میں بہت عرصہ تک رہی ہیں۔

آنکھ کے متعلق متفرق ضربات و صدمات

آنکھ کے متعلق بعض آفتیں ایسی ہیں جن کو کسی خاص عنوان کے ماتحت نہیں بیان کیا جا سکتا، مثلاً ایک مرتبہ ایک عورت زمین پر لیٹی ہوئی لوٹ رہی تھی کہ ایک مرغی نے آکر اُس کی آنکھ میں صلبیہ پر ٹھونگ مار دی جس کی وجہ سے ملتحمہ کے اندر زخم پیدا ہو گیا۔ علیٰ ہذا القیاس چوہوں کی وجہ سے بھی ایسی ہی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔

بعض جانور آنکھ کی چمک دیکھکر اُس کی طرف متوجہ ہوتے ہیں بشرطیکہ ان کو اس کا موقع ملجائے، اس قسم کے تمام حوادث زمین پر لیٹنے یا سونے کی حالت میں پیش آتے ہیں۔ بعض حشرات الارض مکان کی چھت یا دیوار سے گر کر آنکھ کو صدمہ پہونچاتے ہیں، ہندوستان میں خاص قسم کا ایک بڑا کیڑا اُڑتا پھرتا ہے۔ گھروں میں چھتوں کے اندر رہتا ہے۔ اگر کسی وقت اس کو پریشان کیا جائے تو اس کشمکش میں بعض اوقات آنکھ کے اندر ڈنک مار دیتا ہے، چمگادڑ بھی اسی طرح بعض اوقات آنکھ کو شدید چوٹ پہونچاتے ہیں۔ ہم اکثر رات کو بغیر روشنی کے اندھیرے میں اِدھر سے اُدھر چلتے پھرتے ہیں اسلئے ان حوادث سے دوچار ہونا کوئی تعجب کی بات نہیں ہے۔

سانپ کے ڈسنے سے انسانوں میں آنکھ کے عوارض۔ پھن دار سانپ (کوبرا) اور کریٹ کے کاٹنے کے بعد بالائی جفن کا استرخاء دیکھا جاتا ہے۔ کوبرا سانپ کا زہر مینڈکوں میں بذریعہ تلقیح داخل کرنے سے اس حالت کو اُن کے اندر مصنوعی طور پر ہم پیدا کر سکتے ہیں، ان جانوروں میں آنکھ کو بند کرنے کے لئے زیرین جفن اوپر کو اُٹھتی ہے جس قدر یہ زیادہ اوپر کو اُٹھے اُسی قدر اُن میں زہر کا اثر زیادہ ہوتا ہے۔ بندر کو اگر یہ زہر دیا جائے تو دیکھنے میں وہ سر کو پیچھے کی طرف موڑ لیتا ہے۔ تاکہ اچھی طرح دیکھ سکے کیونکہ زہر کا اثر جسقدر زیادہ ہوتا ہے اُسی قدر فتحۃ العین چھوٹا ہو جاتا ہے۔ اور اسی قدر بندر کو اپنا سر پیچھے کی طرف موڑنا پڑتا ہے، سانپ کے

زہر کا یہ اثر گرم اور سرد خون والے سب جانوروں پر یکساں ہوتا ہے۔ رسل وائپر (Russele viper) افعی سانپ کے کاٹنے پر یہ علامت بالکل نہیں پائی جاتی۔ بعض اوقات عزیزوں کو مارنے کے لئے بھی سانپ کا زہر استعمال کیا جاتا ہے اسلئے مذکورہ علامتوں کا جاننا نہایت ضروری ہے۔ افعی قسم کے سانپوں کا زہر دوسری طرح اثر کرتا ہے اور اس کا عمل پھن دار سانپ کے زہر کے عمل سے مختلف ہوتا ہے، اول الذکر سانپ کے زہر کی بڑی مقدار اگر کسی کے جسم میں تلقیح کر دی جائے تو جسم کے ہر حصہ سے نزف الدم شروع ہو جاتا ہے اور خون شریانوں کے اندر بھی منجمد ہو جاتا ہے اس عمل کو ہم ابتدائی مدارج میں شبکی عروق کے اندر بآسانی دیکھ سکتے ہیں۔ بعض ماہرین کا خیال ہے کہ عموماً یہ نزف الدم غشاء مخاطی سے ہوتا ہے بالخصوص ملتحمہ سے، ہم نے اپنے تجربہ میں حیوانوں کے جسم میں اس زہر کی تلقیح سے یہ علامت کبھی نہیں دیکھی۔

حدقہ عین کا انبساط اور قائم ہو جانا افعی سانپوں کے کاٹنے میں دیکھا جاتا ہے۔ تجرباتی حیثیت سے اس کو ہم پیدا کر کے دیکھ چکے ہیں لہٰذا اس علامت کو یقینی سمجھنا چاہئے۔ پھن دار سانپوں کے کاٹنے میں ایسا نہیں ہوتا۔

آنکھ پر چھوٹے حشرات الارض کا حملہ۔ امریکہ اور بعض دوسرے ممالک میں ایسے مریض ملتے ہیں مگر چونکہ ہمارے ملک میں یہ حوادث بالکل نہیں پیش آتے اسلئے ان کو ہم نظر انداز کرتے ہیں۔

مرض بیری بیری۔ چاول کھانے والی قوموں میں زیادہ ہوتا ہے۔ اس میں متعدد محیطی اعصاب ملتہب ہو جاتے ہیں۔ وبائی طور پر یہ مرض گرم ممالک میں عام ہے۔ بعض حالات میں منطقہ معتدلہ کے اندر بھی دیکھا جاتا ہے۔ اس مرض کے مریض بہت ضائع ہوتے ہیں۔ جن کی موت قلبی استرخاء کی وجہ سے لاحق ہوتی ہے۔ یہ مرض مردوں اور عورتوں دونوں کو یکساں ہوا کرتا ہے۔ دودھ پلانے والی عورتوں سے بچوں میں یہ منتقل ہوتا ہے۔ ۱۶ سال سے ۳۰ سال کی عمر کے افراد اس کا شکار ہوتے ہیں۔ تر اور گرم مقامات میں بہت عام ہوتا ہے۔ یہ مشہور ہے کہ زمین پر یا اس کے نزدیک جو لوگ سوتے ہیں وہ بہت زیادہ مبتلا ہوتے ہیں۔

بیری بیری کا سبب۔ بعض ماہرین اسکو جراثیمی مرض تصور کرتے ہیں اور بعض کا خیال ہے کہ چاولوں میں حیاتین کی کمی کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ ماہر مینن،، کا خیال ہے کہ اس حیاتین کی کمی کی وجہ سے جسم کے اندر استعداد مرض بڑھ جاتی ہے۔ شاید اس کے بعد اس کا نامعلوم جرثومہ عدوی پیدا کر سکتا ہے۔

اگر اس حیاتین کی کمی جسم کے اندر نہ ہو تو جسم کے اندر اس جرثومہ کے داخل ہو جانے کے باوجود یہ مرض نہیں پیدا ہوتا، بہر حال یہ تسلیم ہے کہ یہ مرض اُن لوگوں میں پیدا ہوتا ہے جو ایسے چاولوں کے کھانے کے عادی ہوتے ہیں جن کے اوپر سے باریک چھلکے بھی اُتار دئے گئے ہوں اور یہ بھی امر مسلم ہے کہ ان باریک چھلکوں میں کوئی چیز ایسی موجود ہوتی ہے جو انسانوں کو اس مرض سے محفوظ رکھتی ہے۔

اس مرض کی دو قسمیں ہیں۔

(۱) استرخائی۔

(۲) استسقائی۔

اس کے ماتحت آنکھ کے عوارض حسب ذیل ہوتے ہیں۔

(۱) خلف مقلی التہاب عصب باصرہ۔

(۲) عضلات چشم کا استرخار۔

(۳) قرنیہ اور ملتحمہ کی حس کی کمی۔

خلف مقلی التہاب عصب باصرہ۔ ۱۸۹۵ء میں کونو،، نے بیری بیری کے مریضوں میں اندھاپن۔ مرکزی عتمہ اور میدان بصر کا سکڑ جانا دیکھا ہے مگر ان کے ساتھ قعر عینی میں کوئی تبدیلی نہیں پیدا ہوئی تھی، تین سال کے بعد کوماٹو، نے معلوم کیا کہ اس اندھاپن کی اصل وجہ خلف مقلی التہاب عصب باصرہ تھا اس نے یہ بھی تحقیق کیا کہ عتمہ اس مرض میں مرکز سے شروع ہو کر محیط کی طرف بڑھتا ہے۔ ۱۸۹۵ء میں ایک دوسرے ماہر نے۔ ۱ ایسے مریضوں کا حال بیان کیا ہے جن میں مرکزی عتمہ موجود تھا اسی کے ساتھ زرد بصارت بھی تھی، ان میں اندھاپن اور رمد یابس بھی دیکھی گئی ہے۔ ۱۸ سال کا ایک پُرانا مریض دیکھا گیا جو کم روشنی میں اچھی طرح دیکھ سکتا تھا اسی لئے صبح اور شام کے وقت اُس کو زیادہ نظر آتا تھا۔ ماہر یاماٹو،، نے سب سے پہلے اس بات کی طرف توجہ دلائی کہ ان مریضوں کی قرص بصری میں صدغی جانب ضموری کیفیت پائی جاتی ہے۔ بعد میں ہکاگوشیما،، نے اسکی تصدیق کی خلف مقلی التہاب عصب باصرہ کی علامات حسب ذیل ہوتی ہیں۔

(۱) مرکزی عتمہ جات (۲) مرکزی بصارت کی تیزی کی کمی (۳) میدان بصر میں تبدیلیاں۔

یہ ترتیب تشخیص کے واسطے یاد رکھنا ضروری ہے۔

مرکزی عتمہ جات ۔ اس علامت کے متعلق ہم بیان کر چکے ہیں کہ کس طرح مختلف ماہرین نے اس کی تحقیق کی شروع میں یہ عتمہ چھوٹا ہوتا ہے۔ ماہر میاسٹیا ،، بیان کرتا ہے کہ شروع میں یہ عتمہ بقعہ عمیا کے ساتھ ایک چھوٹے رقبہ کی صورت میں ہوتا ہے۔ اسی لئے اس کو خاص نام سے موسوم کیا گیا ہے۔ اس کی شکل ہاون دستے کے دستے سے مشابہ ہوتی بعض حالتوں میں اس کی شکل لمبی بیضوی ہوتی ہے اور بعض اوقات نصف چاند کی شکل کا بھی دیکھا گیا ہے۔ ماہر ایشاہارا ،، نے اس کو ذیل کی شکلوں سے ظاہر کیا ہے۔

ماہر آوگا ،، نے بیان کیا ہے کہ سفید اور ملون عتمہ جات ہمیشہ قریب قریب ہوتے ہیں اور لمبوتری بیضوی شکل رکھتے ہیں اور (سبز، سرخ، نیلے) رنگوں کے احساس کے لئے اس کے رقبہ میں کمی دیکھی گئی ہے۔ دوسرے ماہرین نے بھی اس کی تصدیق کی ہے۔ گویا کہ ان لوگوں میں رنگوں کے پہچاننے کی طاقت میں معتدبہ کمی آجاتی ہے۔

(۲) مرکزی بصارت کی تیزی کی کمی۔ ماہر میاسٹیا کے بیان کے مطابق جیسے جیسے عتمہ بڑھتا جاتا ہے ویسے ویسے مرکزی بصارت میں کمی واقع ہوتی جاتی ہے۔ یہاں تک کہ یہ ۶/۶۰ تک پہونچ جاتی ہے۔ اس سے کم شاذونادر ہی ہوتی ہے اسی تکلیف کی وجہ سے مریض معالج کے پاس آتا ہے۔ اور اسی سے تشخیص کی کمک ہوتی ہے ایک ماہر نے زرد بصارت بھی ایسے ایک مریض میں دیکھا ہے۔ ان مریضوں کو کسی حد تک چوندکی تکلیف ہوتی ہے اور بعض کو ایسا محسوس ہوتا ہے کہ ان کو گھر کے اندر اچھا دکھائی دیتا ہے اور باہر کم۔ اس کے علاوہ ان مریضوں کو اندھیرے میں بھی کم دکھائی دیتا ہے۔ بعض کے اندر رمدیابس بھی پائی جاتی ہے ممکن ہے کہ ان کو رتوندکی شکایت بھی لاحق ہوتی ہو اسی لئے اندھیرے میں دیکھنے میں تکلیف ہوتی ہو۔

(۳) میدان بصارت کی تبدیلیاں۔ مختلف مریضوں میں یہ تبدیلیاں مختلف حیثیت رکھتی ہیں کسی میں کم اور کسی میں زیادہ ہوتی ہیں سفیدی یا رنگوں کے متعلق میدان بصر کے کم ہونے کی نسبت عموماً ماہرین نے کچھ ذکر نہیں کیا ماہر کوپڑ ،، نے خاص طور پر لکھا ہے کہ ایک مریض کی محیطی بصارت بالکل خراب نہ تھی، ماہر ایشاہارا نے لکھا ہے کہ عام طور پر میدان بصر سکڑ جاتا ہے مگر یہ حالت عارضی ہوتی ہے۔ یاماگوچی نے معلوم کیا ہے کہ صرف سرخ اور سبز رنگ کے لئے میدان بصر سکڑتا ہے۔ ان مریضوں میں قرصی وبقعی التہاب عصبی وشمیہ ہرگو کہ عام ہوتا ہے لیکن عموی

ضمور قرص بصری شاذ و نادر ہی دیکھنے میں آتا ہے۔

عضلات چشم کا استرخار۔ مرض بیری بیری "کی تشخیص کے ابتدائی زمانے میں ماہرین کی توجہ عضلات چشم کے استرخار کی طرف بہت کم تھی۔ یہ ضرور تھا کہ اس حالت کا ظہور بھی کسی قدر ممکن سمجھا جاتا تھا۔ ماہر مینسن "کا بھی خیال ہے کہ استرخار عضلات چشم شاذ و نادر ہی ملتا ہے۔

پاماگوچی "نے عضلہ ہدبی کے استرخار کی طرف اشارہ کیا ہے۔ برازیل میں ایک ڈاکٹر نے حول استدقاقی بھی اس حالت میں دیکھا ہے۔ جو کہ استرخار کی ایک قسم ہے۔ ماہر رائٹ کا خیال ہے کہ شدید مرض کی حالت میں آنکھ کے اندرونی عضلات کا استرخار بھی ممکن ہے۔ ماہر سیٹٹ "نے بیان کیا ہے کہ ان مریضوں میں آرگائیل رابرٹسن حدقہ غائب ہوتا ہے۔ ایک ماہر نے کئی سو مریضوں کا معائنہ کیا ہے اس کو عضلہ مستقیمہ وحشیہ کے جزئی استرخار سے واسطہ پڑا ہے۔ جن بچوں میں یہ مرض ماں کے دودھ کے ذریعہ منتقل ہوتا ہے اُن میں استرخار جفنی خاص طور پر ملتا ہے۔ شاذ و نادر یہ مریض التہاب عصب بصری میں بھی مبتلا دیکھے جاتے ہیں۔ ماں کا دودھ بند کرنے سے آنکھ کی شکایات رفع ہو جاتی ہیں۔

ملتحمہ و قرنیہ کی حس کی کمی۔ اس موضوع پر ہمارے سامنے صرف ماہر میاشیا جاپانی کا بیان ہے۔ دوسرے ماہرین نے ان مریضوں کے اندر قرنیہ کی حس کی بیّن کمی معلوم کی ہے، علیٰ ہذا القیاس ملتحمہ کے حس کی کمی بھی ۵۰ فیصدی سے زائد مریضوں میں پائی گئی۔ جب مریضوں کو مرض کی عمومی علامات سے خلاصی حاصل ہو جاتی ہے تو یہ نقص بھی رفع ہو جاتا ہے۔

منظار عینی علامات تین قسم کی ہوتی ہیں۔

(۱) منظار عین کے ذریعہ دیکھنے پر ممکن ہے کہ قعر عینی میں کوئی خاص بات نہ نظر آوے۔

(۲) قرص بصری کا جزئی ضمور مشاہدہ کیا گیا ہے جو کہ صدغی جانب محدود ہوتا ہے۔

(۳) ممکن ہے کہ ساری قرص بصری میں ضمور لاحق ہو۔ ماہر ایشاہارا کے نزدیک صرف قرصی و بقعی الیاف عصبی میں ضمور لاحق ہوتا ہے۔

انذار مرض۔ ممکن ہے کہ بیری بیری کے ابتدائی مدارج میں عوارض چشم پائے جائیں مگر عام طور پر یہ چند ماہ کے

بعد شروع ہوتے ہیں، عام مریضوں میں تبدیلی غذا کے بعد یہ حالت درست ہو جاتی ہے، جاپان میں جب کسی شخص کو یہ مرض ہوتا ہے تو چاول بند کر کے خاص قسم کا غلہ کھانا شروع کرتا ہے۔ علاج کے دوران میں عمتے بہت جلد کم ہونا شروع ہو جاتے ہیں۔ پاپا ماٹو انے اس کے ساتھ جو بھی کھلانا شروع کیا تھا۔

دوسرے ماہرین غذا میں اور بھی تبدیلیاں کرتے ہیں۔ اس طرح ایک ماہ کے اندر ہی اندر تمام عوارض رفع ہو جاتے ہیں۔ اگر یہ طریقہ علاج جاری نہ رکھا جائے اور چاول کھانے کا سلسلہ برابر جاری رہے تو انذار مرض خراب ہوتا ہے۔ انذار مرض کی بہتری کے لئے ضروری ہے کہ چاول پر کی بھوسی (دہان کے چھلکے کے نیچے باریک قسم کی بھوسی چاول پر ہوتی ہے جس کو کنا کہتے ہیں) ۵۔ ۵ گرین کے کیپسول میں بھر کر دی جائے اس سے حیاتین کی کمی پوری ہو جاتی ہے۔ یہ حالت بالخصوص اُن لوگوں میں دیکھی جاتی ہے جن کا تغذیہ پوری طرح نہیں ہوتا، ان مریضوں میں بھی بینائی کی کمی ½ سے زیادہ تجاوز نہیں کرتی۔

میالسٹیا، کے نزدیک گو کہ بعض لوگ کلی طور پر شفایاب ہو جاتے ہیں تاہم مختلف مریضوں میں شفا کے مدارج مختلف ہوتے ہیں۔ مریض کو دیکھ کر کوئی نہیں کہہ سکتا کہ یہ مریض کلی طور پر شفایاب ہو جائیگا۔ صرف اتنا کہا جا سکتا ہے کہ مریض بالکل ہی اندھا نہ ہو گا۔

تشریح مرضی ۔ قرصی دقیقی الیاف عصبی کا ضمور خاص چیز ہے۔ اسی لئے تمباکو اور شراب نوشی والے اندھاپن سے اس کا مقابلہ کیا گیا ہے۔ نیس، کے طرق معائنہ سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ تمام عصبی الیاف کے خلیات کے اندر تکوینی تحلیل رونما ہوتی ہے۔ اور جن عضلات کے عصبی الیاف میں فسادی کیفیت لاحق ہوتی ہے اُن میں بسیط مزمن ضمور نظر آتا ہے۔ خناق وبائی کی طرح بعض عضلات میں استرخار بھی نمودار ہو جاتا ہے۔

علاج ۔ غذا میں تبدیلی کی جائے۔ جو غذا دی جائے اُس میں شحمی اور نائٹروجنی اجزار زیادہ ہوں مگر حجم اور مقدار کے لحاظ سے غذا کم ہونا چاہیئے۔ چاول کی بھوسی یعنی کنا جس کا ذکر اوپر آچکا ہے استعمال کرائی جائے۔ اچھی آب و ہوا کے ماحول میں مریض کو رکھیں۔ زمین سے زیادہ بلندی پر سولائیں۔ اگر اوپر کی منزل پر اُس کا قیام ہو تو زیادہ بہتر ہے۔ میگنیشیا کا مسہل دیں۔ جوہر کلیہ اور ریلو کا پہین کی تلقیحات دی جائیں، دودھ پینے والے بچے اگر مبتلا ہوں تو اُن سے ماں کا دودھ چھڑا دیا جائے۔

استسقاء وبائی - اس کتاب میں اس موضوع پر لکھنا خارج از بحث معلوم ہوتا ہے۔ مگر ماہر بینارڈ نے اس مرض کے ۸۰ فیصدی مریضوں میں زرق الماء دیکھا ہے۔ جس کا مطلب یہ ہے کہ جسم ہدبی سے ترشح کے بڑھ جانے کی وجہ سے توترعین زیادہ ہوجاتا ہے عام طور پر زرق الماء ترشح کے باہر خارج ہونے میں رکاوٹ ہونے کی وجہ سے رونما ہوتا ہے۔

علاج - حدقہ عین کو منقبض کرنے والی دوائیں ڈالیں، شق صلبیہ کا عمل جرحی بروئے کار لادیں یا ماہر الیٹ کے عمل جرحی سے کام لیں۔

نسخہ جات

امراض چشم میں علاجاً مختلف دوائیں مختلف صورتوں سے استعمال کی جاتی ہیں لہذا ان کے نسخہ جات ذیل میں بیان کئے جاتے ہیں۔

اجفان

محلولات- (Lotions)

(۱) سوڈا بائی کارب (Sodium bicarbonate)

۲فیصدی (۱۰گرین فی اونس مقطر پانی میں)

پانی اور دوا دونوں کو خوب حل کر لیا جائے۔

(۲) بورکس (Borax)

۲ فیصدی (۱۰گرین فی اونس مقطر پانی میں)

التہاب حاشیۃ الجفن میں قشری کھرنڈ کو گھول کر الگ کرنے کے واسطے استعمال کیا جاتا ہے۔اس کے علاوہ ذیل کا نسخہ بھی اس مقصد کے واسطے استعمال کر سکتے ہیں۔

(۱) ایسڈ سیلی سیلک (Salicylic acid)

۱-۲ فیصدی (۵-۱۰ گرین فی اونس پانی میں)

(۲) ریسارسین (Resorcin)

۱-۲ فیصدی (۵-۱۰ گرین فی اونس پانی میں)

(۳) لائیکوار کاربونس ڈی ٹرجنس (Liquor carbonis detergens)

۱-۵ قطرہ فی اونس

ملتہب جفنی کناروں پر بالخصوص انکے تقرح کی حالت میں مندرجہ ذیل نسخہ استعمال کیا جاتا ہے مگر فاضل دوا کو احتیاط سے روئی کے ذریعہ جذب کرکے الگ کر دینا چاہئے۔

(۱) سلور نائٹریٹ Silver nitrate } ۲ سے ۴ فیصدی تک مستعمل ہے۔

ایضاً		۲۰ گرین سے ۲۵ گرین تک
مقطر پانی		ایک اونس
(۲) پکرک ایسڈ	(Picric acid)	۵ گرین
مقطر پانی		۱-اونس
(۳) سیلی سیلک ایسڈ	(Salicylic acid)	۵ گرین
مقطر پانی		۱-اونس

مندرجہ ذیل مرہموں کو صاف انگلی سے جفنی کناروں پر ۵ منٹ تک ملتے رہیں اور دن میں تین مرتبہ استعمال کریں۔

مراہم

(۱) سیلی سیلک ایسڈ ۵ گرین
مطہر ویزلین ۱-اونس
} دونوں کو خوب ملا کر مرہم بنا لیں۔

(۲) اے رال (Airol) ۵ اگرین

مطہر ویزلین ۱ اونس

(۳) ریسارسین (Resorcin) ۱۰ گرین

مطہر ویزلین ۱ اونس

(۴) اکتھیال (Ichthyol) ۱۵ گرین

مطہر ویزلین ۱ اونس

(۵) زرد سیمابی مرہم

ہائیڈرارجرائی آکسی ڈائی فلے وائی (Hydrargri oxidi flavi) ۲-۱۰ گرین تک

مطہر ویزلین ۱ اونس

یہ مرہم جفنی کناروں کے واسطے مفید ہے۔

مقامی تخدیر کے واسطے زیر جلدی تلقیحات

(۱) نووکین (Novocain) ۱-۲ فیصدی (۵-۱۰ گرین)

مقطر پانی ۱ اونس

(۲) سٹووین (Stovain) ۱-فیصدی (۵ گرین)

مقطر پانی ۱ اونس

(۳) لے لی پین (Alypin) ۵ گرین

مقطر پانی ۱ اونس

مذکورہ دوائیں کوکین (Cocain) سے کم قیمت رکھتی ہیں "نووکین" کا محلول ۲ فیصدی (۱۰ اگرین فی اونس) کے حساب سے تلقیح کر کے مقلدعین پر عمل جرحی کیا جا سکتا ہے، کیس دمعی کے نکالنے میں مقامی تخدیر کے لئے ۴ فیصدی نووکین (۵۰۰۰ میں ۱) کی طاقت والے محلول "ایڈرینالین" (Adrenalin) کے ساتھ ہموزن ملا کر تلقیح کریں، تمام جفنی اعمال جرحیہ، سلعہ کے نکالنے اور قطع عنبیہ کے عمل جرحی میں تلقیح کے بعد ۱۰ منٹ تک انتظار کرنے کے بعد آپریشن شروع کریں۔ "لے لی پین" اور "ایڈرینالین" (۵۰۰۰ میں ۱) ہموزن ملا کر آنکھ کے اندرونی اعمال جرحیہ میں استعمال کریں، بشرطیکہ آنکھ کے اندر التہاب موجود ہو۔

ملتحمہ

محلولات

(۱) بورک ایسڈ (Boric acid) ۲ فیصدی (۵ اگرین فی اونس)

(۲) پرکلورائڈ آف مرکری (Perchloride of mercury) (۵۰۰۰ میں ۱)

ملتحمہ کو دھونے کے لئے عام طور پر استعمال کئے جاتے ہیں۔ بہتر ہے کہ ان میں ہموزن گرم پانی ملا کر استعمال کیا جائے، سردیوں میں گرم اور گرمیوں میں سرد محلول کا استعمال بھی فائدہ سے خالی نہیں۔

(۳) بورکس، ۲ فیصدی (یعنی ۱۰ اگرین فی اونس) اس میں ہائیڈروسایانک ایسڈ (Hydrocyanic acid dil) تخفیف کردہ ۱ فیصدی ملا کر استعمال کرنے سے ملتحمہ کی خراش رفع ہو جاتی ہے۔ اسکا نسخہ دوسرے صفحہ پر درج ہے۔

بورکس ۵ سے ۱۰ گرین

ایسڈ ہائیڈروسایانک (مخفف) (Acid hydrocyanic dil) ۵ قطرے

مقطر پانی ۱ اونس

دواؤں کو پانی میں حل کر کے محلول بنا لیا جائے۔

(۴) پھٹکری (Alum) ۵ گرین

مقطر پانی ۱ اونس

علاوہ اس محلول کے مزمن التہاب ملتحمہ میں پھٹکری کی قلم اجفان کو پلٹ کر لگائی جاتی ہے۔

(۵) زنک سلفٹ (Zinc sulphate) ۲ گرین

مقطر پانی ۱ اونس

عصارزوجیہ والے التہاب ملتحمہ کے لئے خاص چیز ہے دن میں تین یا چار مرتبہ ڈالا جائے۔

یہ محلولات مزمن التہاب ملتحمہ میں استعمال کئے جاتے ہیں

(۶) ٹے نین (Tannin) ۱ سے ۲ گرین

کاپر سلفٹ (Copper sulphate) ۱ گرین

سوڈیم سوزائیڈال (Sodium Sozoiodol) ۱۰ سے ۵ اگرین

زنک سلفوکاربولیٹ (Zinc sulpho carbolate) ۲ سے ۳ گرین

مقطر پانی ۱ اونس

توتیا کی قلم رمدحبیبی میں اجفان کو پلٹ کر لگائی جاتی ہے مگر روزانہ نہ لگائی جائے بلکہ ایک دن کا وقفہ دیکر

لگائیں تاکہ اس کا ردعمل بہت زیادہ نہ ہو۔ ذکی الحس مریضوں میں پہلے کوکین محلول ڈالا جائے تاکہ تکلیف کم ہو۔

مزمن التہاب ملتحمہ میں استعمال کئے جاتے ہیں۔

(۷) کونین سلفٹ یا ہائیڈروکلور (Qnnine sulphate or hydrochloride) ۵ گرین

مقطر پانی ۱ اونس

التہاب ملتحمہ خناق وبائی میں بہتر ہے کہ کونین ہائیڈروکلورائڈ استعمال کی جائے، اگر سلفیٹ استعمال کی جائے تو کم سے کم سلفیورک ایسڈ اسکے حل کرنے میں استعمال کریں۔

(۸) کیوپروسٹرال (Cupro citrol) ۱۵-۲۵ گرین

گلیسرین ۱ اونس

روہوں میں خاص طور پر اجفان کو پلٹ کر لگایا جائے۔

(۹) ایسڈ لیکٹک (Acid lactic) ۲۰ فیصدی

سے لیکر خالص ایسڈ تک ملتحمہ کے ورنی غددی کے لئے استعمال کیا جاتا ہے۔

(A. B. Z. Lotion)

(۱۰) ایلم (Alum) ۲ گرین

بورک ایسڈ (Boric acid) ۵ گرین

زنک سلفیٹ (Zinc sulphate) ۱ سے ۲ گرین تک

مقطر پانی ۱ اونس

یبس پیدا کرنے والا محلول ہے معمولی حالتوں میں استعمال کرسکتے ہیں اس کے اندر وائنم اوپیائی (Vinum opii)

۵ اقطرے فی اونس بھی ملا سکتے ہیں۔ کسی حد تک یہ محلول مسکن ثابت ہوتا ہے

(۱۱) ریسارسین (Resorcin) ۵ سے ۱۰ گرین
مقطر پانی ۱ اونس

دن میں دو مرتبہ ڈالا جائے بعض اوقات مزمن التہاب ملتحمہ میں بہت مفید ہوتا ہے۔

(۱۲) سوڈا بائی بوراس (Soda biborate) ۸ گرین
ایسڈ بورک ۳ گرین
مقطر پانی ۱ اونس

حویصلی التہاب ملتحمہ میں مفید ہے دن میں دو تین مرتبہ آنکھ میں ڈالا جائے۔

(۱۳) ہیزلین (Hazelin) ۱ ڈرام
بورک ایسڈ ۱۰ گرین
سوڈا سلی سلاس (Soda salicylas) ۲ گرین
مقطر پانی ۱ اونس

التہاب ملتحمہ بالخصوص مزمن التہاب میں اور کاسٹک لگانے کے بعد بطور مسکن کے استعمال کر سکتے ہیں۔

(۱۴) زرگال (Syrgol) ۱۰ سے ۲۰ گرین
مقطر پانی ۱ اونس

مخصوص طور پر سوزاکی التہاب ملتحمہ میں ڈالا جائے۔ دن میں ۳-۴ مرتبہ ڈالیں۔

(۱۵) سوفول Sophol ۵ سے ۱۵ گرین
مقطر پانی ۱ اونس

اس کو رو ہوں میں اور سوزاکی رمد میں بھی استعمال کرتے ہیں۔

تیز محلولات

(۱) سلور نائٹریٹ (Silver nitrate) ۱۰ گرین
مقطر پانی ۱ اونس

حاد التہاب ملتحمہ، رمد صبی، میں اسکے علاوہ دوسرے محلول بھی استعمال کئے جاتے ہیں۔

(۲) آرجیرول (Argyrol) ۲۵ سے ۱۰۰ گرین تک
مقطر پانی ۱ اونس

(۳) پروٹارگول (Protargol) ۲۰ سے ۵۰ گرین تک
مقطر پانی ۱ اونس

(۴) پرکلورائڈ آف مرکری Perchloride of mercury ۲ سے ۵ گرین تک
گلیسرین (Glycerin) ۲ ڈرام
مقطر پانی ۱ اونس

یہ دوا بہت تیز ہوتی ہے، اجفان کو پلٹ کر لگانا چاہیئے اور فاضل دوا کو اجفان پر سے دھو کر صاف کر دینا چاہیئے بہتر ہے کہ (پرکلورائڈ آف مرکری) کے ۵۰۰۰ میں ۱ طاقت کے محلول پر اکتفا کریں۔

قطرات (Drops)

حالبس دوائیں آنکھ میں قطرہ کے طور پر ڈالنے کے لئے استعمال کی جاسکتی ہیں مگر سلور نائٹریٹ کو اس طریقہ پر نہ استعمال کرنا چاہیے، کیونکہ زیادہ عرصہ تک اس کے استعمال سے ملتحمہ رنگین ہو جاتا ہے۔

(۱) کوکین ہائیڈروکلورائیڈ Cocain hydrochloride ۱۰ سے ۲۰ گرین
مقطر پانی ۱ اونس

آنکھ میں تخدیر پیدا کرنے کے واسطے ۵ ۔ ۵ منٹ کے وقفہ کے بعد ایک ایک قطرہ آنکھ کے اندر ڈالا جائے اس طرح کامل تخدیر پیدا ہو جاتی ہے۔ قرنوی و ملتحمی تخدیر ۵ - ۵ منٹ کے بعد ۴ قطرے ڈالنے سے کامل ہو جاتی ہے مگر دوا ڈالنے کے بعد درمیانی وقفہ میں آنکھ کو بند رکھا جائے، ورنہ قرنوی بشرہ اوتر جاتا ہے، آنکھ کے اندرونی اعمال جراحیہ میں دوسری آنکھ کے اندر بھی ایک قطرہ دوا کا ڈالدیا جائے تو بہتر ہے۔

(۲) بیٹا یوکین (B. eucain hydrochloride) ۱۰ گرین
مقطر پانی ۱ اونس

(۳) الے پی پین (Alypin) ۱۰ گرین
مقطر پانی ۱ اونس

(۴) نووکین (Novocain) ۱۰ گرین
مقطر پانی ۱ اونس

(۵) پلینوکین (Plano cain) ۲۰ گرین سے ۴۰ گرین
مقطر پانی ۱ اونس

مذکورہ محلولات بھی بجائے کوکین محلول کے استعمال کئے جاتے ہیں۔ بی ایوکین، اور الے پی پین محلول سے پتلی پھیلتی نہیں اور یہ دونوں کوکین سے کم سمی ہیں مگر آنکھ میں چن چناہٹ پیدا کرتے ہیں۔ نووکین اور پلینوکین محلول بھی تخدیر کے لئے استعمال کئے جاتے ہیں ملتحمی اور سطحی تخدیر کے لئے ۴ فی صدی پلینوکین کا محلول کافی ہوتا ہے مگر غائر تخدیر کے واسطے کم از کم ۸ فیصدی طاقت کا استعمال کیا جائے۔

ڈایونین (Dionin) ۵ سے ۱۵ گرین
مقطر پانی ۱ اونس

علاوہ ازیں ڈایونین بطور سفوف کے بھی آنکھ میں ڈال سکتے ہیں۔

اس محلول کے ڈالنے سے آنکھ میں تہیج بڑھ جاتا ہے لیکن زیادہ دنوں تک استعمال کرنے سے اس کا ردعمل کم یا غائب ہو جاتا ہے اس کو ڈالنے کے بعد مریض کو آنکھوں میں جلن محسوس ہوتی ہے مگر بہت جلد یہ جلن زائل ہو جاتی ہے پہلی مرتبہ معالج کو خود اپنے ہاتھوں سے ڈالنا چاہیے۔ لمفاوی دوران میں اس سے تحریک پیدا ہوتی ہے

اسی وجہ سے مختلف قسم کے امراض میں استعمال کیا جاتا ہے۔ سحابہ قرنوی، التہاب صلبیہ، التہاب ہدبی وعینی میں احتیاط کے ساتھ استعمال کیا جائے۔

زیر ملتحمہ تلقیحات

زیر ملتحمہ تلقیح کے واسطے ۲ سے ۱۰ فیصدی طاقت تک نمکین محلول استعمال کیا جاتا ہے۔

(۱) نمک سوڈیم کلورائیڈ (Common salt) ۲ سے ۵۰ گرین تک
مقطر پانی ۱ اونس

ایک وقت میں ۵ سے ۱۰ قطرے زیر ملتحمہ تلقیح کئے جائیں۔

(۲) شکر (Suger) ۱-۲ فیصدی ۵-۱۰ گرین
مقطر پانی ۱ اونس

شکر کا محلول اسی سی تلقیح کیا جاتا ہے قرنیہ کی سحابی کیفیت کو جذب کرنے کے لئے مفید ثابت ہوتا ہے اس سے کوئی تکلیف نہیں ہوتی۔

(۳) مرکری سایانائیڈ ۱/۵۰۰۰ گرین
مقطر پانی ۱ اونس

مرکری سایانائیڈ کا محلول ایک سی سی زیر ملتحمہ تلقیح کیا جاتا ہے قرنیہ کی سحابی کیفیت کو جذب کرنے کے واسطے مفید ہوتا ہے مگر ردعمل اس کا شدید ہوتا ہے۔

مراہم

(۱) بورک ایسڈ (Boric acid) ۱۰ سے ۵۰ گرین تک
مطہر ویزلین (Vaseline) ۱ اونس

خوب ملاکر مرہم بنالیں۔

اجفان کو چپکنے نہیں دیتا۔ اور چونکہ اس کے لگانے سے آنکھ چپکتی نہیں اس لئے اندر کا مواد رکا نہیں رہتا۔

(۲) ہائیڈراجرائی آکسی ڈوائی فلے وائی
Yellow oxide ef mercury ۵ سے ۱۰ گرین
مطہر ویزلین ۱ اونس

بطور محرک اور دافع تعفن کے استعمال کیا جاتا ہے۔ التہاب ملتحمہ بثری اور مزمن التہاب ملتحمہ میں مستعمل ہے۔

یاٹرین (ya.trin) ۴ فیصدی کا محلول ۱½ سی سی عضلات میں تلقیح کرنے سے رمد جیبی (ردہے) اور قرحہ قرنیہ میں بھی فائدہ ہوتا ہے۔

قرنیہ

قرنیہ کو دھونے کے واسطے وہی محلولات استعمال کئے جاتے ہیں جو کہ ملتحمہ کے واسطے یابس دوائیں قرنیہ کے لئے استعمال نہیں کی جاتیں۔

(۱) سلور نائٹریٹ ۵ گرین
مقطر پانی ۱ اونس

قرنیہ کے محیطی قروح میں لگانے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے

(۲) خالص کاربولک ایسڈ

انتشاری قروح کے جلانے کے کام میں آتا ہے۔

قطرات

آنکھ میں ٹپکانے والی دوائیں وہی ہیں جو معمولی طور پر استعمال کی جاتی ہیں، ان میں سے اکثر یابسط

حدقہ ہوتی ہیں، شاذونادر قابض حدقہ دوائیں بھی استعمال کی جاتی ہیں۔

(۱) فلوریسین (Fluorescine) ۵ سے ۱۰ گرین
سوڈا بائی کارب (Sodium bicarbonate) ۱۰ گرین
مقطر پانی ۱ اونس

قروح کے رنگنے کے لئے یا سطحی رگڑ کی تشخیص کے لئے آنکھ میں ڈالا جاتا ہے۔

مراہم (Ointments)

جو مراہم ملتحمہ کے لئے استعمال کئے جاتے ہیں وہی قرنیہ کے لئے بھی مستعمل ہیں۔

(۱) ایوڈوفارم (Iodoform) ۱۰ گرین سے ۲۵ گرین تک
مطہر ویزلین ۱ اونس

(۲) زیروفارم (Xeroform) ۱۰ گرین سے ۲۵ گرین تک
مطہر ویزلین ۱ اونس

(۳) ائیرال (Airol) ۱۰ گرین سے ۲۵ گرین تک
مطہر ویزلین ۱ اونس

مذکورہ مراہم قرنوی قروح کے اندمال کے لئے استعمال کئے جاتے ہیں۔

(۴) ڈایونین (Dionin) ۱۰ گرین سے ۳۰ گرین تک
مطہر ویزلین ۱ اونس

باسط حدقہ دوائیں جن کو محلولات کی صورت میں استعمال کیا جاتا ہے مرہم کی حالت میں بھی استعمال کرسکتے ہیں۔

(۵) ہائیڈرارجرائی آکسی ڈائی فلے وائی Hydrargri oxidi flavi ۵ گرین سے ۲۵ گرین تک
مطہر ویزلین ۱ اونس

پہلے اس کا استعمال ہلکی طاقت سے شروع کریں اور پھر رفتہ رفتہ اس کی طاقت بڑھاتے جائیں، سحابی حالت کو کم کرنے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے۔ ڈایونین کا مرہم بھی اسی مقصد کے واسطے مستعمل ہے۔

"باسط حدقہ دوائیں اور ان کے نسخے"

(۱) ایٹروپین سلفیٹ Atropin sulphate ۲½ گرین سے ۵ گرین تک
مقطر پانی ۱ اونس

(۲) ہایوسین (Hyoscine) ۱¼ گرین سے ۲½ گرین تک
مقطر پانی ۱ اونس

(۳) سکوپولامین ہائیڈروبرومائڈ Scopolamin hydrobromide ۱¼ گرین سے ۲½ گرین تک
مقطر پانی ۱ اونس

(۴) ڈوبایوسین Duboisin sulphate ۱¼ گرین سے ۱½ گرین تک
مقطر پانی ۱ اونس

(۵) ڈاٹورین Daturin sulphate ۲½ گرین سے ۵ گرین تک

مقطر پانی ۱ اونس

ناشر حدقہ مذکورہ دواؤں کو بطور محلول یا مرہم کے استعمال کر سکتے ہیں، اور یہ قروح قرنیہ، التہاب عنبیہ، التہاب جسم ہدبی و عنبیہ میں استعمال کی جاتی ہیں۔ مگر ایٹروپین کا محلول بہت عمومیت کے ساتھ اس مقصد کے لئے کام میں لایا جاتا ہے۔ اور جب اس سے خراش پیدا ہوتی ہے تو اُس وقت دوسری دواؤں کو اختیار کرتے ہیں۔ ہائوسین کے استعمال سے بعض اوقات ہذیان لاحق ہو جاتا ہے اس لئے اس کے استعمال میں احتیاط کا خیال رکھیں۔

(۱) ہوم ایٹروپین (Homatropin hydrobromide) ۵ گرین

مقطر پانی ۱ اونس

(۲) ہوم ایٹروپین ۵ گرین

کوکین ہائیڈروکلورائڈ Cocain hydrochloride ۵ سے ۱۰ گرین

مقطر پانی ۱ اونس

(۳) یوفتھلمین ۵ سے ۱۰ گرین

(Euphthalmin hydrochloride)

مقطر پانی ۱ اونس

مذکورہ بالا ادویہ کے محلولات کو انعطافی خرابیاں معلوم کرنے کے واسطے، تعر عینی کے تبکی انعکاس کو دیکھنے سے پہلے حدقہ عین کو منبسط کرنے کے لئے استعمال کرتے ہیں۔ بچوں اور جوانوں میں اس مقصد کے لئے صرف ایٹروپین محلول استعمال کیا جائے، موخر الصاقات عنبیہ و غلاف عدسی میں تشخیص کے لئے بھی انکو استعمال کیا جاتا ہے۔ انعطافی خرابیوں کے امتحان کے لئے اگر ان محلولات کو کسٹرائل (Castoroil) میں ملا کر تیار کیا جائے تو زیادہ موثر ہوتے ہیں یعنی ان کا عمل زیادہ صحیح اور یقینی ہوتا ہے۔

(۱) کوکین ہائیڈروکلورائڈ (Cocain hydrochloride) ۱۰ گرین

مقطر پانی ۱ اونس

بعض اوقات بوڑھے اشخاص کے تعر عینی اور عدسہ کا معائنہ کرنے کے لئے ناشر حدقہ دوا کے طور پر یہ محلول استعمال کیا جاتا ہے اس سے تو تر عین کے بڑھنے کا خطرہ کم رہتا ہے۔ اور اس کے اثر کو فوری طور پر قابض حدقہ دواؤں کے اثرات سے زائل بھی کر سکتے ہیں۔

قابض حدقہ دوائیں

(۱) پیلوکارپین ہائیڈروکلورائڈ Pilocarpin hydrochloride ۲½ گرین سے ۵ گرین تک

مقطر پانی ۱ اونس

(۲) ایسرین یا فیسوسٹگمین سلفیٹ یا سیلی سلیٹ Eserin or physostigmin sulphate ½ گرین سے ۵ گرین تک

مقطر پانی ۱ اونس

(۳) ایسرین ـ ۱/۲ ۱ گرین سے ۵ گرین تک

کوکین ـ ۵ گرین

مقطر پانی ـ ۱ اونس

ان کا استعمال زرق الماء میں کیا جاتا ہے اور کوکین کا اثر دوسری دوا کے انجذاب میں مدد دیتا ہے۔

قابض عروق دوائیں

ایڈرے نالین (Adrenalin) ایک ہزار میں ایک طاقت کا محلول، اگر اس کو کوکین محلول میں شامل کر لیا جائے تو اوتار کے اعمال جرحیہ میں مناسب ہوتا ہے۔ نووکین میں ملا کر تلقیح کر کے کیس دمعی کا اپریشن کیا جائے، بعض اوقات ملتحمہ کے التہاب میں بھی استعمال کیا جاتا ہے۔ ایسی صورت میں اگر ۱/۲ فیصدی کلورے ٹون (Chloretone) مذکورہ محلول میں ملا کر استعمال کریں تو خراش کے لئے بہت زیادہ مفید ہوتا ہے۔

(۱) نووی فارم (Novi form) ۲۰ سے ۵۰ گرین

مطہر ویزلین سفید ـ ۱ اونس

(۲) زیرو فارم ـ ۲۰ سے ۵۰ گرین

مطہر ویزلین سفید ـ ۱ اونس

التہاب یابس اور قرنوی قروح میں استعمال کرنے کے لئے۔

(۱) زنک اکسائڈ (Zinc oxide) ۳۰ گرین

امونیا سلفوا کتھال (Ammonium sulphoichthyol) ۱۲ گرین

نشاستہ ـ ۳۰ گرین

ویزلین سفید (Vaselin) ۱ اونس

جلدی اکزیما کے لئے۔

(۱) زنک سلفٹ (Zinc sulph) ۱ گرین سے ۱/۲ ۱ گرین تک

اکتھال ـ ۵ گرین

ویزلین سفید ـ ۱ اونس

عصار زوجی کی وجہ سے پیدا ہونے والے مزمن التہاب ملتحمہ کے لئے

(۱) مرکری سبلی میٹ (Sublimate of mercury) ۱/۲ ۱ گرین

ویزلین سفید مطہر ـ ۱ اونس

قرنیہ کے زخم میں استعمال کیا جائے۔

(۱) کاپر سٹریٹ ـ ۱ گرین سے ۲۰ گرین تک

مطہر ویزلین سفید ـ ۱ اونس

(۲) کیوپروسٹرال (Copper citrol) ۲۵ گرین

مطہر ویزلین سفید ـ ۱ اونس

(۱) کیلومل (Calomel)
بیرونی التہاب ملتحمہ میں بطور سفوف استعمال کریں بشورکے اوپر روئی لگا کر چھڑک دیں مگر خوب باریک ہونا چاہئے۔

(۲) زیرو فارم ـ زخموں کے واسطے

(۳) نووی فارم ـ زخموں کے واسطے

(۴) ڈایونین ـ قرنوی قروح میں مستعمل ہے۔

یونانی نسخہ جات

(۱) سفیدی بیضہ مرغ روغن گل
۱عدد ۲ تولہ
میں کپڑے کی گدی تر کرکے آنکھ پر رکھیں۔

(۲) رسوت زرد، زعفران خالص شب یمانی
۱م ۱م ۱م ۱م
لودھ پٹھانی افیون خالص
۱م ۱م ۱م
کا ضماد املی یا کیسہ کی پتی کے پانی میں بنا کر اجفان پر نیم گرم ضماد کریں۔

(۳) رسوت زرد گل ارمنی دم الاخوین مصطگی رومی
۱م ۱م ۱م ۱م ۱م
زعفران خالص کافور خالص کو باریک پیس کر زردی بیضہ مرغ
۱م ۱م ۱عدد
اور روغن گل میں ملا کر ضماد بنائیں اور اجفان پر لگائیں۔
۱تولہ

(۴) پوست خشخاش کو پانی میں جوش دیکر جوشاندہ کو
۲عدد
صاف کرکے اس میں کپڑے کی گدی تر کرکے آنکھ پر تکمید کریں۔
مذکورہ بالا نسخے آنکھ کی چوٹ، درد، سرخی اور اجفان کے ورم میں مفید ہیں۔

(۱) عدس مسلم عرق گلاب کے ساتھ پکا کر ضماد لگائیں
۱تولہ

(۲) برگ کاسنی سبز پانی میں پیس کر روغن گل
۲تولہ ۱تولہ
اور سفیدی بیضہ مرغ ملا کر سوتے وقت اجفان
۱عدد
پر ضماد کریں۔

(۳) عدس مقشر سماق تخم رماں گل سرخ
۱م ۱م ۱م ۱م ۱م ۱م
کا ضماد شراب کے ساتھ بنا کر اجفان پر لگائیں۔
مذکورہ بالا ضمادات غیر مزمن تہیج اجفان میں مفید ہیں۔ آنکھوں کی سرخی، پلکوں کے بال گرنے بیرونی التواء جفن اور جفنی کناروں کے زخمی ہو جانے کی صورت میں بھی مفید ہیں۔

(۱) کشتہ جست شب یمانی زعفران فلفل سیاہ
۱م ۱م ۱م ۱م ۵عدد
کوے کی پتی کے پانی میں ضماد بنا کر اجفان پر لگائیں

(۲) کشتہ جست زعفران خالص سنبل الطیب شادنج عدسی
۱م ۱م ۱م ۱م ۱م
کا شیاف رسوت زرد کے پانی میں بنا کر
۱م
اجفان کو لیپ کر آہستہ آہستہ دو تین مرتبہ رگڑیں۔
یہ دونوں نسخے مزمن تہیج اجفان اور رمد کے بعد والے ورم میں مفید ہیں۔

(۱) لاجورد مغسول حجر ارمنی خاکستر تخم ترمبندی کشتہ جست
۱م ۱م ۱م ۱م ۱م

تخم خشخاش سفید خوب باریک کرکے روغن کدو
۱ تولہ ۶م
میں حل کریں اور روزانہ دو تین مرتبہ دو دو قطرہ
آنکھ میں ٹپکائیں۔

(۲) گل ارمنی لاذن لودھ پٹھانی رسوت زرد مامیثا
۱م ۱م ۱م ۱م ۱م ۱م
کا ضماد املی کی پتی کے پانی میں بنا کر روغن بادام
۶م
ملا کر اجفان پر ضماد کریں۔

(۳) مرغ کی چربی روغن گل موم خام میں مرکی
۶م ۶م ۱ تولہ ۲م
زعفران خالص اور لودھ پٹھانی باریک کرکے
۲م ۲م
مرہم بنائیں اور آنکھ میں لگائیں۔

مذکورہ نسخے صلابت، ورم، دبازت اجفان میں مفید ہیں اجفان کی خشکی، خارش اور جفنی کناروں کے زخمی ہونے کی صورت میں بھی ان سے فائدہ ہوتا ہے۔

(۱) انزروت اشق ہلیلہ سیاہ سرمہ اصفہانی
۲م ۲م ۲م ۶م
کو باریک پیس کر بطور سرمہ لگائیں۔

(۲) ہلیلج کشتہ جست اور گل ارمنی کا ضماد سرکہ میں بنا کر
۱م ۱م ۱م
اجفان پر لگائیں۔

(۳) کندر مرکی لاذن شب یمانی بورہ ارمنی
۱م ۱م ۱م ۱م ۱م ۱م
زعفران خالص کو موم خام اور روغن زیتون کے
۱م ۶م ۶م
ساتھ ملا کر مرہم بنائیں۔

(۴) موم خام اور مرغ کی چربی میں گل ارمنی حل کرکے
۶م ۶م ۳م
مرہم بنا کر لگائیں۔

مذکورہ بالا نسخے شعیرۃ الجفن اور گوہانجنی میں مفید ہونے کے علاوہ غلیظ قسم کی رطوبت جمع ہونے کے مانع ہیں۔

(۱) ورق زیتون مارقشیشا زعفران خالص شادنج عدسی
۱م ۱م ۱م ۱م ۱م
کا شیاف بنا کر اجفان کو پلٹ کر رگڑیں۔

(۲) صبر زرد نوشادر کافور خالص کشتہ جست شہد
۱م ۱م ۱م ۱م ۱م ۶م
کے ہمراہ ملا کر جفنی کناروں پر لگائیں۔

(۳) فلفل سیاہ زعفران خالص مرکی انزروت صمغ عربی
۵ عدد ۱م ۱م ۱م ۱م ۱م
کے پانی میں گوندھ کر جفنی کناروں پر لگائیں۔

یہ نسخے حکہ اور جرب الاجفان میں مفید ہیں۔

(۱) کندر صمغ عربی کتیرا کا لعاب پانی میں نکال کر بالوں کو

۱م ۱م ۱م

موڑ کر اس سے چپکا دیں۔ اندرونی التواء جفن کو بھی باہر
کھینچ کر ایک پتلی پٹی پر لعاب لگا کر اس کے ذریعہ کسی قدر
درست کر سکتے ہیں۔

(۲) نوشادر کف دریا جندبیدستر کا ضماد بالوں کو

۱م ۱م ۱م

اوکھاڑ کر جفنی کناروں پر لگائیں۔

یہ نسخے شعر منقلب اور شعر زائد کے لئے مفید ہیں۔

(۱) انزروت سکر طبرزد کف دریا کا سفوف جفنی

۱م ۱م ۱م

کناروں پر چھڑکیں۔ التصاق اجفان کے لئے مانع ہے۔

---

(۱) اکلیل الملک تخم حلبہ پانی میں جوش دیکر اس سے تکمید کریں

۶م ۶م ـ مار

(۲) قشر خربزہ اور شیاف ماميثا کا ضماد پیشانی پر لگایا جائے

۲م ۲م

(شیاف ماميثا کا نسخہ آگے بیان کیا جائے گا)

(۳) آردجو عنب الثعلب بہدانہ مازوئے سبز گلنار فارسی

۲م ۲م ۲م ۲عدد ۲م ۲م

کا ضماد کنپٹی اور پیشانی پر لگائیں۔

اگر آنکھ میں سرخی، جلن اور کھٹک ہو تو مندرجہ ذیل
نسخے استعمال کریں۔

(۱) کافور خالص چھ ماشہ کو باریک پیس کر روغن چمیلی کے ساتھ
کاجل بنائیں اور روزانہ لگائیں۔

(۲) رسوت زرد صندل سفید شب یمانی کو باریک پیس کر

۱م ۱م ۱م

افیون کے پانی میں گولیاں بنائیں اور عرق گلاب میں
گولیوں کو گھس کر اجفان اور انکے کناروں پر لگائیں

مندرجہ ذیل نسخے مختلف اقسام کی رمد ملتحمہ کی سرخی
ورم وغیرہ میں مفید ہیں۔

(۱) رسوت زرد شب یمانی کف دریا چاکسو مقشر

۱م ۱م ۱م ۱م ۱م

کا ضماد املی کی پتی کے پانی میں بنا کر نیم گرم اجفان
اور جفنی کناروں پر ضماد کریں۔

(۲) مذکورہ نسخہ میں افیون خالص کا اضافہ کریں اور پوست
خشخاش کے جوشاندے سے تکمید کریں بشرطیکہ درد اور
ورم زیادہ ہو۔

(۳) گل ارمنی لودھ پٹھانی آنبہ ہلدی ہلیلہ سیاہ کی پوٹلی

۶م ۶م ۶م ۶م

پوست خشخاش کے جوشاندے میں تر کرکے آنکھ پر پھیرتے رہیں

۴ عدد

(۴) شب یمانی رسوت زرد چاکسو کا سفوف پانی
۱ ماشہ ۱ ماشہ ۱ ماشہ ر مار
میں حل کرکے نتھارے ہوئے پانی سے آنکھوں کو دھوئیں
(۵) پاہ گجراتی رسوت زرد پوست ہلیلہ زرد افیون خالص
۱ ماشہ ۱ ماشہ ۱ ماشہ ۱ ماشہ ۱ ماشہ
شب یمانی لودھ پٹھانی کی گولیاں پوست خشخاش
۱ ماشہ ۱ ماشہ
کے پانی میں بنا کر خشک کریں اور ضرورت کے وقت
املی کی پتی کے پانی یا عرق گلاب میں گھس کر اجفان
اور ان کے کناروں پر لگائیں
مندرجہ ذیل نسخے رمد جیبی (روہے) بیاض
اور جرب کے واسطے بہت زیادہ مفید ہیں۔
(۱) زعفران خالص افیون خالص زنگار سرمہ سیاہ
۱۰ ماشہ ۱۰ ماشہ ۳ ماشہ ۳ ماشہ
سمندر جھاگ قرنفل اقلیمیا نقرہ اقلیمیا طلا
۳ ماشہ ۳ ماشہ ۳ ماشہ ۳ ماشہ
کانچ سبز کشتہ جست کھرل میں پیس کر سرمہ بنائیں
۳ ماشہ ۵ تولہ
(۲) سنگ بصری مروارید آرد تخم سرس زنگار
۲ ماشہ ۱ ماشہ ۲ ماشہ ۱۰ ماشہ
کشتہ جست زعفران خالص افیون رسوت مصفی
۲ تولہ ۱۰ ماشہ ۱ ماشہ ۲ ماشہ

سرد چینی بدستور سرمہ بنائیں۔
۳ ماشہ
(۳) تانبہ پترا کیا ہوا سکہ پترا کیا ہوا ایک بڑے
۱ تولہ ۱ تولہ
اُپلے میں گڑھا کرکے اس میں کھریا مٹی اور روئی ملا کر خوب
لیپ کریں مگر مٹی اور روئی کوٹ کر یکجان کرلی گئی ہو
اس میں نیچے ایک تولہ ہرتال رکھیں اور تانبے کا پترا
رکھیں بعدہ ہرتال اور پھر سکہ کا پترا رکھیں اس کے بعد
دوبارہ ہرتال ایک تولہ رکھی جائے اس کے اوپر دوسرا
اوپلہ رکھکر مندرجہ سیر اپلوں کو گڑھے میں رکھکر ہوا سے
بچا کر آگ دیں سرد ہونے پر پھونکے ہوئے پترے کو
نکال کر پیس کر سرمہ بنالیں اور لگا دیں۔
مندرجہ ذیل نسخہ آنکھوں کو روشنی دینے والا
اور اکثر امراض چشم میں بہت مفید دافع قبض اور بھوک
بڑھانے والا ہے۔
(۱) نمک سنگ پوست ہلیلہ پوست بلیلہ کشتہ فولاد فلفلین
۶ ماشہ ۸ تولہ ۱۴ ماشہ ۱۴ ماشہ ۱۴ ماشہ
طباشیر ملیٹھی کشنیز روغن گاؤ شہد خالص مصری
۱۴ ماشہ ۸ تولہ ۴ تولہ ۷ تولہ ۳ تولہ ۱۶ تولہ
مذکورہ اجزا سے حسب دستور معجون بنالیں، روزانہ رات کو
۱۴ ماشہ کھائیں۔

اگر رمد کے ساتھ آنکھ میں پھنسی موجود ہو یعنی رمد بثری ہو تو مندرجہ ذیل نسخے استعمال کریں۔

(۱) کف دریا ۔ شادنج عدسی ۔ شب یمانی ۔ خوب باریک
۱م ۱م ۱م
کرکے آنکھ میں چھڑکیں۔

(۲) گل بابونہ اکلیل الملک تخم حلبہ کے جوشاندہ
۶م ۶م ۶م ۶م
کو نتھار کر اُس سے آنکھ کو دھوئیں۔

(۳) مامیران چینی زعفران رسوت زرد چاکسو مقشر
۱م ۱م ۱م ۱م ۱م
کف دریا شب یمانی کا ضماد کوے کی پتی کے پانی
۱م ۱م
میں بنا کر اجفان اور ان کے کناروں پر لگائیں۔

(۴) زرنیخ گل کھریا گل ارمنی کندر نوشادر
۲ رتی ۱م ۱م ۱م ۱م
ملح اندرانی کا شیاف سرکہ میں بنا کر سونف کے پانی
۴ رتی
میں گھس کر لگائیں۔

اگر ملتحمہ میں خشکی اور قرنیہ میں کدورت ہو یعنی رمد یابس کی شکایت ہو تو مندرجہ ذیل نسخہ استعمال کریں۔

(۱) نشاستہ سپیدہ ارزیر صمغ عربی کتیرا
۱م ۱م ۱م ۱م ۱م
خوب کھرل کرکے لعاب اسپغول یا سفیدی بیضہ مرغ میں شیاف بنالیں اور ضرورت کے وقت لعاب بہدانہ میں گھس کر لگائیں۔

اگر ملتحمہ کے نیچے جریان خون ہو یا خون اکر جمع ہو گیا ہو تو ذیل کا نسخہ استعمال کریں۔

(۱) نیدنیج انزروت مامیران چینی شادنج عدسی صبر زرد
۲ رتی ۱م ۱م ۱م ۱م
اقلیمیا، فضہ شکر سفید کھرل کرکے انڈے کی سفیدی میں
۱م ملا کر شیاف بنائیں اور ضرورت کے
وقت عرق گلاب یا آب کشنیز یا املی کی پتی کے پانی میں گھس کر لگائیں۔

ناخونہ کی صورت میں مندرجہ ذیل نسخہ استعمال کریں۔ سبل کے واسطے بھی یہی نسخہ کارآمد ہے۔

(۱) چاکسو مقشر سنگ سرما نبات سفید شورہ قلمی
۱م ۳م ۱م ۱م ۱م
تخم سرس فلفل سیاہ کو عرق لیموں میں کھرل
۱م ۵ عدد
کریں اور سرمہ کے طور پر استعمال کریں۔

اگر قرنیہ میں سحابی کیفیت ہو تو مندرجہ ذیل نسخے استعمال کریں۔

(۱) مامیران چینی شکر سفید خوب باریک کرکے رات
۱م ۱م
کو آنکھ میں چھڑکیں اور صبح کو سونف کے پانی سے دھو ڈالیں۔

(۲) صدف صادق شب یمانی سہاگہ چوکیہ بریاں
۱م ۱م ۱م
توتیا سبز بریاں اقلیمیا فضہ کف دریا
۴ رتی ۱م ۱م
قرنفل گلدار بادیان خوب باریک پیس کر
۲ عدد ۱م
روغن کدوے شیریں میں خوب حل کریں اور صبح شام
۱ تولہ
دو دو قطرے آنکھ میں ڈالیں۔

(۳) اقلیمیا فضہ سرمہ اصفہانی زعفران خالص
۱م ۱م ۱م
لودھ پٹھانی نبات سفید مامیران چینی
۱م ۱م ۱م
باریک کرکے مثل سرمے کے استعمال کریں۔

اگر قرنیہ میں زخم ہو تو مندرجہ ذیل نسخے استعمال کریں

(۱) انزروت شب یمانی سنگ بصری صندل سفید
۱م ۱م ۱م ۱م
لاذن مروارید ناسفتہ شہد خالص میں خوب
۱م ۱م ۱ تولہ
حل کرکے دو دو قطرے دن میں تین چار مرتبہ آنکھ میں ڈالیں۔

(۲) کشتہ جست انزروت مصطگی رومی کتیرا
۱م ۱م ۱م ۱م
صمغ عربی کو باریک کرکے کوے کی پتی کے پانی
۱م
میں شیاف بنائیں اور سفیدی بیضہ مرغ میں گھس کر لگائیں۔

(۳) اقلیمیا فضہ سفیدہ مغسول نشاستہ افیون کتیرا
۱م ۱م ۱م ۱م ۱م ۱م
کو باریک کرکے بارش کے پانی میں شیاف بنائیں اور سفیدی بیضہ مرغ میں گھس کر لگائیں۔

(۴) اقلیمیا محرق سفیدہ مغسول مرکی کمل محرق
۱م ۱م ۱م ۱م
نشاستہ جست محرق پانی میں شیاف بنا کر
۱م ۱م
انڈے کی سفیدی میں گھس کر لگائیں۔

اگر ضعف بصر اور رتوندی کی شکایت ہو تو ذیل کا نسخہ استعمال کریں۔

(۱) سرمہ سیاہ کشتہ جست رسوت زرد زعفران خالص
۶م ۲م ۲م ۲م
سہاگہ چوکیہ بریاں فلفل سیاہ گائے کے پتے
۲م ۵ عدد ۱ عدد

میں خوب کھرل کریں اور بطور سرمے کے سوتے وقت لگائیں۔

(۲) آب پیاز آب ادرک آب بادیان ملا کر سلائی سے
۳ ماشہ ۳ ماشہ ۱ تولہ آنکھ میں لگائیں۔

(۳) گائے کی کلیجی کے پانی میں فلفل سیاہ کھرل کرکے سلائی
۱ تولہ ۵ عدد سے لگائیں۔

ذیل میں چند قرابادینی نسخے شیاف اور سرمے کے لکھے جاتے ہیں جو اکثر امراض چشم میں مفید ہیں۔

(۱) شیاف ابیض۔ آنکھ کے حاد امراض میں مفید ہے ورم کو تحلیل کرتا ہے اور مواد کو آنکھوں کی طرف آنے سے روکتا ہے۔

نشاستہ سپیدہ ارزیز صمغ عربی کتیرا
۳ ماشہ ۹ ماشہ ۹ ماشہ ۹ ماشہ

سب دواؤں کو خوب کھرل کرکے لعاب اسبغول یا سفیدی بیضہ مرغ میں ملا کر شیاف بنائیں۔ ضرورت کے وقت عورت کے دودھ میں ملا کر آنکھ میں ٹپکائیں تسکین درد کے لئے اسی میں ۳ ماشہ افیون کا اضافہ کریں ایسی صورت میں اسکو شیاف افیونی بھی کہتے ہیں۔

(۲) شیاف سماق صغیر۔ رمد، حرارت والتہاب چشم، حکہ، دمعہ، جرب، ضمور حدقہ و ماق اور التصاق اجفان کے لئے نافع ہے۔

سماق بہدانہ سفیدآب کتیرا کافور بدستور
۱ جز ۱۰ جز ۱ جز ½ جز ¼ جز

شیاف تیار کرکے استعمال کریں۔

(۳) شیاف وبزج۔ جرب، اکنہ، سبل، سلاق اور پربال کو مفید ہے، یونانی لغت میں "وبزج" کے معنی سیاہ کے ہیں۔

زنگار صمغ عربی اشق اقلیمیائے طلا افیون
۱ تولہ ۱ تولہ ۱ تولہ ۶ ماشہ ۶ ماشہ
باروز مازو سب دواؤں کو خوب باریک کرکے
۳ ماشہ ۳ ماشہ پانی میں ملا کر شیاف بنائیں۔

(۴) شیاف۔ بیاض غلیظ کو تحلیل کرتا ہے، اور بصارت کو قوی کرتا ہے۔ (از بیاض جد امجد حکیم شریف خاں مرحوم)

زنگار سکبینج اشق زردچوب سمندر جھاگ نمک لاہوری
¼ جز ۱ جز ۱ جز ۱ جز ۲ جز ۲ جز

سب دواؤں کو باریک کرکے چھان کر سونف کے پانی میں (جو) کے مانند شیاف تیار کریں، سایہ میں خشک کرکے ضرورت کے وقت پانی میں گھس کر سلائی سے لگائیں۔

(۵) شیاف وردقہ۔ رمد بثری میں مفید ہے۔

مامیران چینی گل سرخ دسوت زرد شیاف مامیثا
۶ رتی ۷ ماشہ ۱۰ ماشہ ۱۰ ماشہ
نشاستہ کتیرا زعفران خالص باریک کرکے
۴ رتی ۴ رتی ۴ رتی
آب کاسنی میں ملا کر شیاف بنائیں اور ضرورت کے

وقت عورت کے دودھ یا سفیدی بیضہ مرغ میں گھس کر آنکھ میں لگائیں۔

(۶) **شیاف ابیض کندری**۔ قرحہ چشم اور رمد حدیدی میں مفید ہے۔

سفیدآب	ارزیر	صمغ عربی	افیون	انزروت	کتیرا
۲ تولہ	۱ تولہ	۳ م	۳ م	۳ م	۳ م

کندر سب کو کھرل کرکے بارش کے پانی میں ملاکر
۱۰ م شیاف تیار کریں۔

(۷) **شیاف مامیثا**۔ مامیثا ایک بوٹی ہے جسکو کوٹ کر بوٹی شکل کے قرص بنا لیتے ہیں اسی کو عصارۂ مامیثا، یا شیاف مامیثا کہتے ہیں۔ رمد حار۔ دمعہ اور ضعف بصر کیلئے مفید ہے۔

(۱) **کحل نور**۔ روہوں کے لئے مفید ہے۔

زعفران خالص	افیون خالص	زنگار	سرمہ سیاہ	لونگ
۱ م	۱ م	۳ م	۳ م	۳ م

سمندرجھاگ	سبز کانچ	سونے کا میل	چاندی کا میل
۳ م	۳ م	۳ م	۳ م

(جو کہ زرگروں کی کٹھالی میں ہوتا ہے) جست کا پھول عمدہ ۹ تولہ۔ سب کو علیحدہ علیحدہ کھرل میں پیس کر چھان لیں اور صبح شام سلائی سے آنکھ میں لگائیں۔

(۲) **کحل ناخونہ**۔ ناخونہ کے لئے مفید ہے۔

نوشادر	قلمی شورہ	تخم سرس	فلفل سیاہ	توتیا
۹ م	۹ م	۱۱ عدد	۱۱ عدد	۲ ر تی

سب دواؤں کو خوب باریک پیس کر سلائی سے روزانہ ناخونہ پر لگائیں۔

(۳) **کحل چینی**۔ ابتدائی نزول الماء اور بیاض چشم میں مفید ہے۔

صابن	نیلا تھوتہ	رال
۵ تولہ	۳ م	۳ م

صابن کو چاقو سے ریزہ ریزہ کرکے کڑاہی یا کسی دوسرے آہنی برتن میں ڈال کر آگ پر رکھیں اور نیلا تھوتہ کو لوہے کے ہاون دستہ میں کوٹ کر صابن میں ملائیں یہاں تک کہ دونوں پانی کی طرح رقیق ہوجائیں بعدہ رال کو پیس کر اس میں جلائیں اور آنچ تیز کرکے دستہ آہنی سے خوب حل کریں یہاں تک کہ دوا کا رنگ سیاہ ہوجائے۔ بس اوتار کر محفوظ رکھیں ضرورت کے وقت قدرے پانی میں حل کرکے سلائی کے ذریعہ آنکھ میں لگائیں۔

(۴) **کحل پربال**۔ پربال میں خاص طور پر مفید ہے۔

نوشادر	ایلوا	گیرو	گل چنبیلی	مس کیری	توٹیچی
۱ م	۱ م	۱ م	۱ م	۱ م	۱ م

سب کو سرمے کی طرح باریک پیس کر صبح و شام آنکھ میں لگائیں۔

(۵) **کحل سلاق**۔ خارش چشم، ضعف بصر اور رتوندے کے لئے مفید ہے۔

سرمہ سیاہ	پھول جست	رسوت	نیلا تھوتہ	فلفل دراز
۱ تولہ	۱ تولہ	۱ تولہ	۱ تولہ	۱ تولہ

سیماب سیسہ پہلے سیسہ کو گھلا کر اس میں پارہ
۱ تولہ ۱ تولہ ڈالیں تاکہ بستہ ہوجاوے
اس کے بعد باقی ادویہ کو بادیان سبز یا مہندی کے
پانی میں پانچ روز تک کھرل کر کے خشک ہونے تک
شیشی میں ڈال رکھیں اور سرمے کی طرح صبح و شام
کو لگائیں۔

(۶) کحل بقراطی - بیاض چشم کے تحلیل کرنے میں بے عدیل
ہے تھوڑے ہی عرصہ میں اس کا قلع قمع کر دیتا ہے
شیشہ سبز محرق مغسول . بورہ ارمنی زبد البحر
۳ ماشہ ۳ ماشہ ۶ ماشہ

سب کو کھرل کر کے سرمہ بنائیں اور صبح و شام آنکھ
میں لگائیں۔

(۷) کحل الغربار - تقویت بصارت کے لئے نہایت
مفید ہے۔
اخروٹ مسلم سوختہ فلفل سیاہ خستہ ببلیہ زرد سوختہ
۴ عدد ۹ ماشہ ۶۰ عدد
سرمہ کی طرح باریک پیس کر آنکھوں میں لگائیں۔

سنہ ۱۹۲۴ ع میں میرے ایک دوست نے مجھ سے کہا کہ شہر میں ایک مزار پر بعض ایسے فقیر ہیں جو لوٹے کی گوز کو اپنے مقام میں کے پوچھے لے جاکر آنکھ کو باہر نکال لیتے ہیں — یہہ سنکر میں خود اُس مقام پر گیا اُن میں سے ایک فقیر نے یہہ تماشہ مجھکو دکہایا - اُس وقت میں نے ایک فوٹو گرافر کو بلاکر اس فقیر کی آنکھ کی طبعی حالت میں اور باہر نکلی ہوئی حالت میں اسکی تصویریں لیں — اس کے بعد میں اس فقیر کو موٹر پر بٹھاکر اپنے شفاخانہ میں لایا — اور اس کی دونوں انکہوں کی بینائی کا الگ الگ معائنہ کیا - نتائج حسب ذیل تہے ●

(۱) دائیں انکھ کی بینائی - $\frac{12}{18}$ تہی - اور ظاہری قصر بصر معلوم ہوتا تہا -

(۲) بائیں انکھ کی بینائی - $\frac{12}{18}$ تہی اور ظاہری قصر بصر معلوم ہوتا تہا -

اندھیرے کمرے میں بہی معائنہ کیا گیا دونوں انکہوں کا قعرچشم طبعی حالت میں تہا — قرص بصری میں کوئی خرابی نہیں تہی — صدفی ہلال غالب تہا - عروق کسی قدر پیچدار تہے ●

یہہ تصاویر باترتیب شائع کی جاتی ہیں ●



(۱) طبعی حالت والی انکھ ●



لوہے کی گرز کو جفن کے اوپر مقلہ عین کے پیچھے لے جا کر آنکھ کو سامنے اور باہر نکال کر دکھایا ہے



وہے کی گرز کو جفن کے اوپر مقلہ عین کے پیچھے لے جاکر آنکھ کو جانبی طرف باہر نکال کر دکھایا گیا ہے

تتمہ

مریضانِ چشم کے متعلق ابتدائی تحقیقات

صحیح اور اصولی معلومات صرف باقاعدہ اور باترتیب تحقیقات ہی کے ذریعہ حاصل ہو سکتی ہیں، لہذا معالجین کی توجہ اس طرف مبذول کرائی جاتی ہے کہ وہ مریضانِ چشم کا مطالعہ مندرجہ ذیل ترتیب کے ساتھ کریں۔

(۱) مریض کی عمومی حالت کے متعلق پوری تفتیش کی جائے۔

(۲) سر کی وضع۔ بیرونی عضلاتِ چشم کے استرخاء میں سر کی وضع مخصوص اور نوعی ہوتی ہے۔

(۳) چہرہ۔ چہرہ کی دونوں طرف کی وضع، عصب کا استرخاء، جلد کے امراض۔

(۴) بھوؤں کا مقام اور وضع، استرخاء جفنی کی حالت میں عضلہ جبہیہ کے زیادہ انقباض کی وجہ سے۔

(۵) محجر۔ جحوظ العین، اور آنکھ کا اندر کی طرف دھنسا ہونا۔

(۶) مقلہ چشم۔ (۱) مقام اور وضع، حول

(۲) حرکات

(۳) حجم اور شکل، آنکھ کا طبعی حالت سے چھوٹا ہونا۔ زرق الماء، قصر البصر، انتفاخ قرنیہ۔

(۷) اجفان، (۱) وضع، استرخاء جفنی، التواء جفنی، اندرونی و بیرونی۔

(۲) فتحۃ العین، استرخاء جفنی، جحوظ العین۔

(۳) حرکات، استرخاء جفنی، جحوظ العین۔

(۴) اجفان کے کنارے۔ جفنی حاشیہ کا التہاب، سلعات،

(۵) مژگان۔ بالوں کا مقلہ عین پر رگڑ کھانا۔

(۶) تمدد۔ شعیرۃ الجفن، کیس مائی بومین۔

(۷) نقاط دمی - باہر نکلا ہونا - نقاط کا غائب ہونا -

(۸) کیس دمی - پھولا ہوا یا متورم ہونا - اس کے اندر سے مواد کا واپس آنا -

(۸) ملتحمہ (الف) بصری ملتحمہ - احتقان ملتحمی یا ہدبی - مواد - بثور - سلعات - زخم -

(ب) جفنی احتقان - یعنی ندبی ساخت - قروح - ملتحمہ پر کلسی اجزاء کا ہونا -

(ج) ماق انسیہ میں صمام یا غضون ہلالی Plicasemilu naris ناخونہ یا سلعات کی وجہ سے اپنی جگہ سے اس کا ہٹ جانا -

(د) نتوء لحمی یا حلمہ (Caruncle) التہاب، سلعات وغیرہ

(۹) قرنیہ - (الف) حجم، زرق الماء

(ب) انحناء - مخروطی، باہر کو ابھرا ہونا - مقدم انتفاخ قرنیہ - قرنوی سطح کی رگڑ

(ج) سطح - قرنوی انعکاس - قروح - سطحی رگڑ - غریب اجسام کی موجودگی -

(د) شفافیت - قروح - سحابہ - التہاب قرنیہ (سطحی اور غائر عروق دموی کا ہونا)

(۱۰) صلبیہ - (الف) انحناء یا تلوین - قصر بصر - انتفاخ قرنیہ - سطحی التہاب صلبیہ -

(ب) عروق - ہدبی احتقان - سطحی التہاب صلبیہ - التہاب صلبیہ -

(۱۱) خزانہ مقدم (الف) گہرائی - گہرائی کا کم ہونا - جروح وخزیہ - زرق الماء - خلع عدسی - التہاب جسم ہدبی وعنبی، بیقاعدہ عنبیہ -

(ب) خزانہ مقدم کے اندر کے اجزاء - گندلاپن - ارتشاح - خزانہ مقدم میں خون کا اجتماع - غریب اجسام خلع عدسہ کی وجہ سے عدسہ کا خزانہ مقدم میں آجانا -

(۱۲) عنبیہ - (الف) اس کا رنگ - گندلاپن - یا صاف ہونا - دونوں آنکھوں کے عنبیہ کا رنگ مختلف ہونا - ضمور عنبیہ -

(ب) وضع - عنبیہ کی سطحی حالت، یعنی عنبی پردہ کی صورت - سلعہ وغیرہ - التہاب ہدبی وعنبی -

(۱۳) حدقہ عین۔ (الف) دونوں طرف کے حدقہ عین کے چھوٹے بڑے ہونے کا فرق۔

(ب) انعکاس نور۔ بلاواسطہ۔ شرکی انعکاس۔ انقباض کا قائم رہنا۔

(ج) انعکاس استدقاقی۔

(د) الصاقات مقدم و موخر۔

(۱۴) توتر عین۔ زرق المائی حالت میں اس کا بڑھ جانا۔ التہاب ہدبی وعنبی۔ توتر عین کا التہاب ہدبی وعنبی میں کم ہو جانا۔ مقلہ عین کے اندر سوراخ ہو جانا۔ یا اس کا پھٹ جانا۔

(۱۵) مرکزی بصارت۔ کس قدر ہے اس کا معائنہ۔

(۱۶) عدسہ۔ تنویر مورب۔ اور منظار عین کے ذریعہ معائنہ۔

(۱۷) زجاجیہ۔ اس کے اندر سحابی کیفیت۔ غریب اجسام۔ نزف الدم۔ التہاب شبکی منتشرہ۔ شریان جنینی شفاف کا پایا جانا۔

(۱۸) قعر عینی۔ (الف) قرص بصری۔ شبکیہ کا ایک دوسرے کے ساتھ ملکر خراب ہونا۔ ورم۔ پیالہ نما نشیب۔ رنگ۔ ہلال۔

(ب) شبکیہ کے عروق۔ حجم۔ انحنار۔ تناؤ۔

(ج) عمومی حالت۔ التہاب شبکیہ۔ التہاب مشیمیہ۔

(د) محیط شبکیہ۔

(ہ) بقعہ صفرادی۔

(ز) میدان بصارت۔

انڈکس

الف

"ب"

"ث"

"ج"

"چ"

"ح"

"خ"

"د"

"ڈ"

"ذ"

"ر"

"ز"

"س"

"ش"

"ص"

"ض"

"ط"

"ع"

"غ"

"ف"

"ق"

"ک"

گ

"ل"

"م"

" ن "

"و"

"ہ"

"ی"

فرہنگ اصطلاحات کتاب العین

Aberration,	تشتت الضیاء
Ablatio retinae,	شبکیہ کا طبعی مقام سے اُکھڑ جانا۔
Abscess,	خراج
Accessory sinuses,	تجاویف ملحقہ
Accommodation,	طاقت توفیق
„ anomalies of,	طاقت توفیق کی خرابیاں
„ paralysis,	استرخاء
„ range of	حدود
„ relaxation,	ڈھیلا پڑنا
„ spasm of,	تشنج
Achromatopsia,	رنگوں کے لئے کامل اندھاپن
Acuity of vision,	تیزی بصارت
Adaptation, retinal,	شبکیہ کی مطابقت
Adnexa, diseases of,	امراض ملحقات عین
Adrenalin,	ایڈرے نالین (دوا کا نام ہے)
Advancement operation,	عمل تقدیم
Albinism,	شقرۃ اللون
Albuminuria,	بول زلالی
Alypin,	ایلی پین (دوا کا نام ہے)
Amaurosis,	اندھاپن
Amaurotic cat's eye,	شبکیہ میں ورم لیفی عصبی کی وجہ سے اندھاپن
Amblyopia,	ضعف بصر
„ cogenital,	خلقی
„ hysterical,	بوجہ ہسٹریا
„ toxic,	سمی
Ametropia,	بصارت کی خرابی

,, axial,	محوری
,, curvature,	انحنائی
,, index,	تناسب انعطافی کی وجہ سے
Amotio retinae,	شبکیہ کا طبعی مقام سے اُکھڑ جانا
Amplitude,	امتداد موجی
,, accommodation,	طاقت توفیق کا
,, convergence,	طاقت استدقاق کا
Anaemia,	فقرالدم
Anaesthesia,	تخدیر
Anaphylaxis,	استہداف
Anatomy,	تشریح
Aneurysm,	انورسما
Angioid,	مانند عروق
Angioma,	سلعہ دموی لمفاوی یا عروقی
Angle,	زاویہ
,, minimum visual,	اقل بصری
,, visual,	بصری
Angular,	زاوی
Aniridia	حدقہ کا نہ ہونا
Anisometropia	دونوں آنکھوں کی انعطافی طاقت میں تفاوت عظیم
Ankyloblepharon	التصاق اشفار الاجفان
Annular	حلقہ دار
Anterior chamber,	خزانہ مقدم
Aphakia,	عدسہ کا نہ ہونا
Aqueous humour,	رطوبت مائی
Arcus,	قوس
,, juvenilis,	طفلی
,, senilis,	شیخوخی
Argyll Robertson pupil,	حدقہ ارگائیل رابرٹسن
Argyrol,	آرجی رول (دوا کا نام ہے)

Argyrosis,	ملوین بوجہ اجزار فضہ
Artery	شریان
Artificial eye,	مصنوعی آنکھ
Aspergillus fumigatus,	فطر سپرجلیس فیومگیٹس
Astigmatism,	سداد بصر
,, hypermetropic,	طول بصری
,, compound,	مرکب طول بصری
,, simple,	سادہ طول بصری
,, irregular,	بے قاعدہ
,, lenticular,	عدسہ کی خرابی کی وجہ سے
,, mixed,	مخلوط
,, myopic,	قصر بصری
,, compound,	مرکب قصر بصری
,, simple,	سادہ قصر بصری
,, regular,	باقاعدہ
Astringent lotions,	حابس محلولات
Atheromatous ulcers,	قروح ہلامی
Atrophy, optic,	ضمور عصب باصرہ
Atropin,	ایٹروپین (دوا کا نام ہے)
Bacillus,	جراثیم عصویہ
,, coli,	عصا، قولونی
,, diphtheria,	عصار خناقی
,, koch weeks,	عصار کاخ ویک
,, morax Oxenfeld,	عصار مورکیس اکسن فیلڈ
,, tubercle,	عصار درنیہ
,, Xerosis,	عصار زیروسس
Bacterial infection,	جراثیمی عدوی
Bacteriology	علم الجراثیم
Band-shaped,	حزمہ نما
Basedow's disease,	مرض باسیڈو (جحوظ العین)

Bier	ماہر بیر
" discission,	غلاف عدسی کی کو شق کرنے کا عمل
Binocular	متعلق بالعینین
" diplopia,	بصارت زوجی
" vision,	بصارت بالعینین
Bjerrum's screen,	سترہ بجرم
" test types,	بجرم کے امتحانی حروف
Blennorrhoea,	سوزاکی التہاب ملتحمہ
Blepharitis,	التہاب حاشیۃ الجفن
Blepharophimosis,	ضیق فتحۃ العین
Blepharospasm,	تشنج اجفان
Blindness,	اندھاپن
Blind spot,	بقعہ عمیا
Bowman'	باؤمین
" discission needle,	غلاف کو پھاڑنے والی سوئی
" membrane,	غشار باؤمین
Bruch, membrane of,	غشار برک
Buller's shield,	بلر کا شیلڈ
Calcareous film, transverse,	مستعرض کلسی صفیحہ
Canal	قناۃ
" of Schlemm,	قناۃ شلیم
Canaliculus,	قناۃ دمعیہ
" occlusion of,	قناۃ دمعیہ کا انسداد
Canthoplasty,	عمل ترقیع حقیمی
Capillary pulsation,	ضربان عروق شعری
Capsulo pupillary membrane,	غلافی حدقی غشار
Carcinoma,	سلعہ سرطانیہ یا سرطان
Cataract,	نزول الماء
" anterior	مقدم
capsular,	مقدم غلافی

Cataract Anterior cortical,	مقدم قشری
polar,	مقدم قطبی
" axial,	محوری
" black,	اسود
" central,	مرکزی
" complicated,	عوارضاتی
" congenital,	خلقی
" coralliform,	مرجان سے مشابہ
" diabetic,	ذیابیطسی
" discoid.	قرصی
" fusiform,	مغزلی
" glass-workers'	شیشے کی فیکٹری میں کام کرنے والوں کا
" hard,	نزول الماء صلبہ
" hypermaturity of,	نزول الماء کی پختگی کا حد سے زیادہ ہوجانا
" immature,	غیر پختہ نزول الماء
" incipient,	خفی نزول الماء
" infantile,	زمانہ طفلی کا نزول الماء
" iron workers'	لوہے کی فیکٹری میں کام کرنے والوں کا
" lamellar,	طبقاتی نزول الماء
" mature,	پختہ نزول الماء
" Morgagnian,	مارگیگنی نزول الماء
" nuclear,	نواتی نزول الماء
" perinuclear,	حول نویہ نزول الماء
" posterior	مؤخر نزول الماء
cortical,	موخر قشری
polar,	موخر قطبی
" punctate,	نقاطی نزول الماء
" pyramidal,	اہرامی نزول الماء
" secondary,	ثانوی نزول الماء
senile,	ثانوی شیخوخی نزول الماء

Cataract intraneuclear, (Senile)	اندرون نویہ شیخوخی نزدل الماء
" subcapsular,	شیخوخی تحت غلافی نزدل الماء
" supranuclear,	شیخوخی فوق النویہ نزول الماء
" soft,	نزدل الماء رخوہ
" total,	کلی نزدل الماء
" traumatic,	ضربی نزدل الماء
" unilateral,	ایک آنکھ کا نزدل الماء
" zonular,	طبقاتی نزدل الماء
Catarrhal,	نزلی
Caustics, injuries caused by,	کاوی ادویہ کی وجہ سے جراحات
Cauterisation of cornea,	مکواۃ حدید سے قرنیہ کو جلانا
Cautery, galvano,	مکواۃ کہربائی
Cavarnous sinus,	جوف کہفی
" thrombosis of,	تخثر
Callulitis,	خلوی التہاب یا التہاب منتشرہ
Cerebral	مخی یا دماغی
Chalazion,	شعیرۃ الجفن
Chemosis,	انسکاب دم کی وجہ سے انتفاخ ملتحمہ
Chlorosis,	مرض اخضر
" Choked disc,"	اختناق قرص بصری
Cholesterin,	کولسٹرین
Choriocapillaris,	مشیمی عروق شعریہ
Choroid,	مشیمیہ
Choroiditis,	التہاب مشیمیہ
" circumpapillary,	قرص بصری کے چاروں طرف مشیمیہ کا ضمور
" diffuse,	مشیمیہ کا التہاب منتشرہ
" disseminated,	مشیمیہ کا التہاب منتشرہ بصورت رقبہ جات
" Forster's areolar,	فاسٹر کا خلی التہاب مشیمیہ
" Juxtepapillaris,	قرص بصری کے اتصالی حصص میں التہاب مشیمیہ
" Metastatic,	ذاتی سددی التہاب مشیمیہ

Chromatopsia,	لونی نقائص
Cicatrices, corneal,	قرنوی یعنی ندبی ساخت کے رقبے
Ciliary,	ہدبی
" congestion,	ہدبی احتقان
" processes,	زوائد ہدبیہ
Circulus arteriosus iridis major and minor,	دائرہ شریانیہ عنبیہ صغیرہ وکبیرہ
Cocain,	کوکین (دوا کا نام ہے)
Coloboma	نقص خلقی
Concomitant strabismus,	حول لاحق - مرافق
Concretions,	مقامی اجتماع کلسی
Conical	مخروطی
Conjugate	زوجی
" deviation,	انحراف
" paralysis,	استرخار
Conjunctiva,	ملتحمہ
Conjunctival flap,	ملتحمی پردہ
Conjunctivitis	التہاب ملتحمہ
Contusion	کچل جانا (رضّ)
Copper sulphate,	توتیا (کاپر سلفیٹ)
Cornea,	قرنیہ
" facets of,	صفیحات قرنیہ
" fistula of,	ناسور قرنیہ
" recurrent erosion of,	باربار لوٹنے والی قرنوی رگڑ
" rupture of,	انشقاق قرنیہ
" sensibility of,	حس قرنیہ
Corneal loupe,	قرنوی لوپ
Crescent,	ہلال
inferior,	زیرین ہلال
myopic,	ہلال قصر بصری
Cryptophthalmia	خلقی اختفاء العینین

Crypts of iris,	عنبیہ کے اندر غار یا گہرائیاں
Cup, glaucomatous,	زرق المائی پیالہ
Curette evacuation,	ملعقہ کے ذریعہ موتیا بند کا اخراج
Cyclitis,	التہاب جسم ہدبی
Cycloplegia,	استرخا طاقت توفیق
Cycloplegics,	ادویہ مسترخی عضلہ ہدبیہ یا ادویات مسترخی طاقت توفیق
Cyst,	کیس
Dacryo-Adenitis,	التہاب غدد دمعیہ
Decryo-cystitis,	التہاب کیس دمعی
Dacryops,	کیس غدد دمعی
Daturin,	ڈاٹورین (دوا کا نام ہے) (خلاصہ دھتورہ)
Day-blidness,	روزکوری
Dendritic ulcer,	قرحہ متشجرہ
Dermoid cyst,	کیس جلدی
Descemet's membrane,	غشاء ڈسمٹی
Desmarres'	ڈسمر (نام ہے)
De Wecker	ڈویکر (نام ہے)
Diabetes,	ذیابیطس
Dilatator,	باسط (پھیلانے والا)
Dionin,	ڈایونین (دوا کا نام ہے)
Dioptre,	بصریہ
Discission,	عمل ابرہ
Dislocation	خلع
Distichiasis,	شعر زائد
Donders	ڈانڈرس (نام ہے)
Drugs	ادویہ
Duboisin,	ڈوبائے سین (دوا کا نام ہے)
Ecchymosis,	زیر جلدی نزف الدم
Ectasia	انتفاخ (ابھر آنا)
Ectopia lentis	خلع عدسی

Ectropion,	بیرونی التواء جفن
Electric	کہربائی
Electrolysis,	تجزیہ کہربائی
Embolism	سدہ
Emmetropia	کامل نظری
Emphysema	ہوا بھر کر پھول جانا - انتفاخ ریئی
Empyema	تقیح صدر
Endophthalmitis, metastastatic,	سددی التہاب کل العین
Entropion,	اندرونی التواء جفن
Epicanthus,	انتشار جلد فوق الماق
Epiphora,	ڈھلکا (آنکھ سے آنسو بہنا)
Episcleritis,	صلبیہ کی سطحی نسیجوں کا التہاب
Epithelioma,	سرطان بشری
Erysipelas,	سرخ بادہ (الحمرا)
Erythropsia,	رنگ کے لئے اندھاپن عمی لونی
Eserin	ایسرین (دوا کا نام ہے)
Esophoria,	اندرونی اختلاف خطوط بصر
Ethyl-hydrocuprein,	ایتھل ہائیڈرو کیوپرین (آپٹوچین) دوا کا نام ہے
Eucain,	ایوکین (دوا کا نام ہے)
Euphthalmin,	یوفتھلمین (دوا کا نام ہے)
Examination,	امتحان (معائنہ)
„ functional,	آنکھ کے اعمال کا معائنہ
Excision	عمل جراحی کے ذریعہ نکال دینا
Exophoria,	بیرونی اختلاف خطوط بصر
Exophthalmia,	جحوظ العین
Exophthalmometers,	جحوظ العین کو ناپنے کا آلہ
Expression in trachoma,	ٹرکوموی حبیبات کو دبا کر توڑنے کا عمل
Eyeball,	مقلہ عین
Eyelids,	اجفان
Fibro-fatty tumours	سلعہ لیفیہ شحمیہ

Fibromata	سلعہ لیفیہ
Field of vision,	میدان بصر
Filtering scar,	ترشیحی یعنی ندبی ساخت
Fluorescin,	فلورسیین (دوا کا نام ہے)
Focal	مرکزی
„ illumination,	تنویر
Follicular	حویصلی
Forceps.	چمٹی
Foreign bodies,	اجسام غریبہ
Form sense,	احساس شکل
Forster's areolar choroiditis,	فاسٹر کا خلئی التہاب مشیمیہ
Fovea centralis,	حفیرہ مرکزی
Foveal reflex,	حفیری انعکاس
Frontal sinus,	جوف جبہی
Functional	وظائفی
Fundus	قعر
„ oculi,	قعر عینی
"Fusion centre,"	مرکز ادغام شبیہات
Glands	غدد
„ Krause's,	غدد کراوز
„ lacrymal,	غدد دمعی
„ Meibomian,	غدد مائی بومین
„ Moll's,	غدد مول
„ Zeis's,	غدد زائیس
Glare,	چوند
Glass rod,	عصا زجاجی (شیشے کی چھڑی)
Glasses	چشمے
Glaucoma,	زرق الماء
„ absolute,	مکمل
„ congestive,	احتقانی

Globe,	کرہ (مقلہ)
Gonococci,	کرویات سوزاکی
Granular	حبیبی
Gumma	ورم صمغی
Gummatous iritis,	صمغی التہاب عنبیہ
Haemangioma,	سلعہ عروقیہ دمویہ
Haemorrhage,	نزف الدم
Hemianopia,	عمی نصفی
„ nasal,	انفی (دونوں آنکھوں کے انفی میدان بصارت کے اندر)
„ temporal,	صدغی (دونوں آنکھوں کے صدغی میدان بصارت کے اندر)
Herpes	بثور
„ corneae,	بثور قرنوی
„ ophthalmicus,	بثور عینی
Heterochromia	اختلاف رنگ
Heterophoria,	اختلاف خطوط بصر
Homatropin,	ہوم ایٹروپین (دوا کا نام ہے)
Hordeolum,	گوہانجنی
„ internum,	اندرونی گوہانجنی
Hyaloid	زجاجی
Hydrophthalmia,	استسقاء مقلہ عین
Hyoscin,	ہایوسین (دوا کا نام ہے)
Hyperaemia	احتقان دموی
Hypermetropia,	طول بصر
„ axial,	محوری طول بصر
„ curvature,	انحنائی طول بصر
„ index,	تناسب انعطافی کی وجہ سے طول بصر
„ manifest,	ظاہر یا جلی طول بصر
Hypopyon, ulcer	ارتشاحی قرحہ
Illumination,	تنویر
„ focal or oblique,	تنویر مرکزی یا موربی
Index, refractive,	تناسب انعطافی

Infection,	عدوی
Inflammation	التہاب
Influenza,	انفلوانزا
Injuries	جراحات
Insane, General paralysis of	جنون آتشکی میں عمومی استرخاء
Intracranial	اندرون جمجمہ
Intraocular	اندرون چشم
Iridectomy,	قطع عنبیہ
,, optical,	مناظری قطع عنبیہ
,, peripheral,	محیطی قطع عنبیہ
,, preliminery,	ابتدائی قطع عنبیہ
Irideremia,	بظاہر عنبیہ کا غائب ہونا
Iridocyclitis,	التہاب جسم ہدبی وعنبی
,, plastic	تکونی التہاب
Iridodialysis,	محیط پر عنبیہ کا اپنی جگہ سے الگ ہو جانا
Iridodonesis,	ارتعاش عنبیہ
Iridotomy,	شق عنبیہ
Iris,	عنبیہ
,, bombe,	انتفاخ عنبیہ
,, forceps,	چمٹی
,, melanoma	سلعہ ملونہ
,, prolapse iris of,	عنبیہ کا زخم سے باہر نکل آنا (فتق عنبیہ)
,, repositor,	مسواط عنبیہ
,, tremulous,	مرتعش عنبیہ
Iritis,	التہاب عنبیہ
,, diabetic,	ذیابطیسی
,, rheumatic,	التہاب عنبیہ رثیہ
,, serous,	مصلی التہاب عنبیہ
,, syphilitic,	آتشکی التہاب عنبیہ
,, tuberculous,	درنی التہاب عنبیہ

Jaeger test-types,	جیگر کے امتحانی حروف
Jaesche-Arlt operation,	جوشے ارلٹ کا آپریشن
Keratectasia,	بروز القرنیہ (انتفاخ قرنیہ)
Keratitis,	التہاب قرنیہ
,, disciformis,	قرصی التہاب قرنیہ
,, e lag ophthalmo,	التہاب قرنیہ بوجہ عدم اغماض عین
,, filamentary,	خیوطی التہاب قرنیہ
,, interstitial,	خللی التہاب قرنیہ
,, neuroparalytic	استرخار عصبی کی وجہ سے التہاب قرنیہ
,, non-suppurative	غیر صدیدی التہاب قرنیہ
,, parenchymatous	خللی التہاب قرنیہ
,, phlyctenular,	بثری التہاب قرنیہ
,, profunda,	غائر التہاب قرنیہ
,, punctata ("K.p."),	نقاطی التہاب قرنیہ
,, purulent,	صدیدی التہاب قرنیہ
,, sclerosing,	التہاب قرنیہ متصلب
,, superficial punctata,	نقطہ دار سطحی التہاب قرنیہ
,, vesicular,	حویصلی التہاب قرنیہ
Keratocele,	فتق قرنوی
Keratoconus,	مخروطی انتفاخ قرنیہ
Keratoglobus,	کروی انتفاخ قرنیہ
Keratomalacia,	لین نسیج القرنیہ
Keratome,	قرنوی مثلث نشتر
Knapp's roller for ceps,	کنپ کی رولر چمٹی
Knife,	چاقو
Koch-Weeks' bacilli,	عصار کاخ ویک
Lacrymal	دمعی
,, apparatus,	آلات دمعی
,, ducts,	قناۃ دمعی
,, glands,	غدد دمعی

„ probes,	سلائی
„ sac,	کیس دمعی
Lagophthalmia,	اجفان کے بند نہ ہونے کی وجہ سے التہاب چشم
Lamellar cataract,	طبقاتی نزول الماء
„ Lamina	پرت یا طبقہ
„ cribross,	طبقہ مصفویہ
„ plane,	مسطح پرت
Lamp, Gullstrand's slit,	گلسٹرانڈ کا لیمپ
Lewford's speculum,	لافورڈ کا مفتاح
Lead	سیسہ
Lens,	عدسہ
„ coloboma of,	عدسہ کا خلقی نقص
„ intumescence of,	عدسہ کا پھول جانا
„ opacities of,	عدسہ کی سحابی کیفیت
„ spoon, Critchett's,	عدسی چمچہ
Lenses,	چشمے
„ cylindrical,	اسطوانی
„ refractive power of,	انعطافی طاقت
„ types,	اقسام
Lenticonus.	مخروطی عدسہ
Leucaemia, retinitis in,	دم ابیض لمفاوی میں التہاب شبکیہ
Leucoma,	بیاض
„ adherent,	بیاض ملتصقہ
Levator palpebrae,	عضلہ رافعۃ الجفن
Lids	اجفان
„ spatula,	سواط جفنی
„ upper, eversion of,	بالائی جفن کا پلٹنا
„ carcinoma of,	سرطان جفنی
„ coloboma of,	اجفان کی بدوضعی
„ oedema of, solid,	اجفان کا صلب تہیج

„ sarcoma of,	اجفان کا سلعہ لحمیہ
Ligamentum pectinatum iridis,	رباط مشطی عنبی
Light,	نور
„ difference,	تفاوت نوری
„ minimum,	اقل نور
„ perception,	احساس نور
„ projection of,	احساس طرف نور
„ transmission of,	انتشار نوری
Lotions,	محلولات
Loupe, corneal,	قرنوی لوپ
Lymph,	لمف
Lymphangioma	لمفادی سلعہ عروقی
Macula lutea,	بقعہ صفراوی
Madox rod,	عصاء میڈکس
Magnet,	مقناطیس
Malaria,	ملیریا
Malingering,	بہانا کرنا
Margo-intermarginalis,	جفنی کناروں کے درمیان کی جگہ
Measles,	خسرہ
Membrane of Bruch,	غشاء برک
Membranous cojunctivitis,	خناقی التہاب ملتحمہ
Meningitis,	التہاب سحائی
Meningococcus,	کرویات سحائیہ
Microblepharon,	اجفان کا چھوٹا ہونا
Micrococcus catarrhalis,	کرویات نزلیہ
Migraine,	درد شقیقہ
Mikulicz's disease,	غدد دمعیہ و غدد لعابیہ کا مزمن تضخم
Miosis,	حدقہ عین کا انقباض
Miotics,	قابض حدقہ دوائیں
Mirrors,	مراۃ

,, concave,	مقعر مراۃ
,, convex,	محدب مراۃ
,, plane	مسطح مراۃ
Moll's glands,	غدد مول
Molluscum contagiosum,	ثؤلول متعدیہ
Mongolian idiots,	منگولین ابلہ
Moorfield	مورفیلڈ
,, strabismus hook,	حول کا ہک
Morax-Axenfeld diplobacillus,	عصاء زوجی موریکس آکسنفیلڈ
Morgagnian	مارگیگنی
,, cataract,	نزول الماء
,, globules,	مستدیرہ مارگیگنی
Muco-purulent conjunctivitis,	مخاطی صدیدی التہاب ملتحمہ
Muscae volitantes,	مشابہ ذباب
Muscles,	عضلات
,, extrinsic,	عضلات بیرون چشم
,, intrinsic,	عضلات اندرون چشم
Mydriatics,	باسط حدقہ دوائیں
Myopia,	قصر بصر
,, axial,	محوری قصر بصر
,, curvature,	انحنائی قصر بصر
,, index,	تناسب انعطافی کی وجہ سے
,, spherical,	کروی
Naevi	سلعات عروقیہ دمویہ
Nasal duct,	قناۃ انفی
Near point,	نقطہ قریبہ
Nebula,	قرنیہ کی خفیف یعنی ندبی ساخت (سحابہ)
Necrose,	نکروز
Needles,	سوئیاں
,, broad,	چوڑی سوئی

„ curved,	منحنی سوئی
„ discission,	غلاف عدسہ کو شق کرنے والی سوئی
„ paracentesis,	سوراخ کرنے والی سوئی
Nerve, optic,	عصب باصرہ
Neuritis,	التہاب عصب
„ optic,	التہاب عصب باصرہ
„ retrobulbar,	خلف المقلہ التہاب عصب باصرہ
Neuroma, plexiform,	جالدار عصبی ورم
Neuroparalytic keratitis,	عصبی استرخار کی وجہ سے التہاب قرنیہ
Neuro-retinitis,	عصبی التہاب شبکیہ
Night-blindness,	رتوند
Nodal point,	نقطہ تقاطع
Novocain,	نووکین (دوا کا نام ہے)
Oblique illumination,	تنویر موربی
Occlusio pupillae,	~~حدقۂ عین کا بند ہوجانا~~ حدقہ عین کا مسدود ہوجانا
Occlusion	~~بند ہوجانا~~ مسدود ہوجانا
Ointments	مراہم
Opacities,	سحابی حالتیں
Opaque nerve fibres,	غیر شفاف عصبی الیاف
Ophthalmia,	~~التہاب چشم~~ التہاب ملتحمہ
„ nodosa,	عقدی التہاب ملتحمہ
„ Phlyctenular	بثری التہاب ملتحمہ
„ sympathetic,	شرکی التہاب ملتحمہ
Ophthalmoscope,	منظار العین
Ophthalmoscopic examination,	منظار العین کے ذریعہ معائنہ
„ by direct method,	بلا واسطہ
„ by distant diiaect method,	بلا واسطہ فصلی
„ by indirect method	بالواسطہ
„ preliminary,	ابتدائی
Optic	بصری

Optical	مناظری
Optochin,	آپٹوچین (دوا کا نام ہے)
Ora Serrata,	حافہ مسننہ
Orbicularis palpebrarum,	عضلہ قابضۃ الجفن
Orbit,	محجر
Orthophoria,	اعتدال حرکت عین
Orthoptic treatment,	علاج مختص باعتدال بصارت عینین
Pannus,	سبل
Panophthalmitis,	التہاب کل العین
Papillitis,	التہاب قرص بصری
Papilloedema,	تہبج قرص بصری
Papillo-macular fibres,	قرصی ونقطی الیاف
Paracentesis,	عمل ثقب
Paralysis,	استرخار
,, conjugate,	زوجی استرخار
,, progressive,	بڑھنے والا استرخار
,, spastic congenital,	خلقی تشنجی استرخار
Parinaud's conjunctivitis,	پے ریناڈ کا التہاب ملتحمہ
Perimeter,	آلہ محیط النظر
,, chart,	محیط النظر کا نقشہ
Peritomy,	عمل پیراٹومی
Photophobia,	چوند
Photophthalmia,	رمد کہربائی
Photopic vision,	بصارت فوٹوپک
Photo-retinitis,	تیز روشنی کی وجہ سے التہاب شبکیہ
Phthisis bulbi,	مقلہ عین کا بیٹھ جانا
Physiological	عضوی
,, Cup,	عضوی پیالہ
,, optics,	عضوی مناظریات
Physostigmin	فیسوسٹگمین (دوا کا نام ہے)

Pigment, retinal,	شبکی تلوین
Pigmentation	تلوین
Pigments,	لون
Pilocarpin,	پیلوکاربین (دوا کا نام ہے)
Pinguecula,	شنارقۃ العین
Pink eye,	گلابی آنکھ
Plastic iritis,	مکون التہاب عنبیہ
Pneumococci,	کردیات نیمونیائی
Pneumococcic ulceration,	کردیات نیمونیائی کی وجہ سے قروح
Pneumonia,	ذات الریہ (نمونیا)
Points	نقاط
,, corresponding,	متقابل نقاط
Posterior	مؤخر
,, chamber,	خزانہ مؤخر
,, longitudinal bundle,	مؤخر طولانی حزمے
Preciptates,	رسوب
Pre-retinal haemorrhage,	شبکیہ کے سامنے نزف الدم
Presbyopia,	بصر شیخوخی
Pressure,	توتر یا ضغط
Prisms,	منشور مثلثی
Projection	پھیلاؤ
Prolapse	فتق (باہر نکل آنا)
Protargol,	پروٹارگول (دوا کا نام ہے)
Pseudoglioma	کاذب سلعہ عصبی
Pseudo-neuritis,	کاذب التہاب عصب باصرہ
Pseudo-pterygium,	کاذب ناخونہ
Pterygium,	ناخونہ
Ptosis,	استرخا جفن اعلیٰ
Pupil,	حدقہ
,, contraction,	حدقہ کا انقباض

,, dilatation of,	حدقہ کا انبساط
,, reaction,	حدقہ کا ردعمل
Quinine	کونین (دوا کا نام ہے)
Radium,	ریڈیم
Range	حدود
Reaction to light,	نوری ردعمل
Reactions of pupil,	حدقی ردعمل
Reflection,	انعکاس
Reflex, foveal,	حفیری انعکاس
Refraction,	انعطاف
,, dynamic and static,	حرکت اور سکون کی حالت میں
,, errors of,	انعطافی نقائص
Remote or far point,	نقطہ بعیدہ
Repositor, iris,	سواط عنبی
Retinal vessels,	شبکی عروق دموی
Retinitis,	التہاب شبکیہ
,, Due To Arterio sclerosis	بوجہ تصلب شریانی
,, circinata,	التہاب شبکیہ مستدیرہ
,, diabetic,	" ذیابیطسی
,, exudative,	" جس میں مصلی ترشح ہو
,, haemorrhagic,	" نزفی
,, leucaemic,	" دم ابیض کی وجہ سے
,, pigmentosa,	" متلون
,, proliferans,	" تکاثری
,, septic,	" عفنی
Retinoscopy,	قعر عینی کے انعکاس کا معائنہ
Retractor,	ہٹانے والا آلہ
Rodent ulcer of cornea,	~~قرنیہ کا قرحہ آکالہ~~ قرنیہ کا قرحہ اکالہ
Rupture	انشقاق
Sarcoma	سلعہ لحمیہ

Scarlet fever,	تپ قرمزی
Schiotz's tonometer,	شیوٹ کا توتر پیما
Scissors,	قینچی
,, tenotomy,	قطع وتر کی قینچی
Scleral	صلبی
Sclerectomy, posterior,	موخر شق صلبیہ
Scleritis,	التہاب صلبیہ
,, annular,	حلقہ دار التہاب صلبیہ
Scopolamin,	سکوپولامین (دوا کا نام ہے)
Scotoma,	عتمہ
,, absolute,	کامل عتمہ
,, central relative,	مرکزی نسبتی عتمہ
,, negative,	منفی "
,, positive,	مثبت "
,, sector-shaped,	مثلثی قطع نما "
Seclusio pupillae,	حدقی انسداد
Secretion, lacrymal,	دمعی ترشح
Serpiginous ulcer,	قرحہ ساعیہ
Serum treatment,	علاج مصلی فاذہمنی
Short sight,	نزدیک نظری یا قصر بصر
Silver nitrate,	سلور نائٹریٹ (کاسٹک) دوا کا نام ہے
Snellen's	سنے لین
,, sutures,	سنے لین کے ٹانکے
,, test types,	سنے لین کے حروف
Snow blindness,	~~سورج کی وجہ سے اندھاپن~~ برف کی وجہ سے اندھاپن
Spectacles,	چشمے
Spectrum,	طیف شمسی
Speculm, eye	مفتاح الاجفان
Sphincter iridis,	عضلہ قابض عنبیہ

Spoon, ملعقہ (چمچے)
„ sharp, تیز (دھاردار چمچے)
Spring catarrh, رمد ربیع
Spud, قرنیہ سے غریب اجسام کو علیحدہ کرنے والا کند آلہ
Squint, see Strabismus, حول
Staphylococcus, کرویات عنقودیہ
Staphyloma, عنبہ
„ equatorial, استوائی عنبہ
„ intercalary, عنبہ جس میں قرنیہ، ہدبیہ وصلبیہ شامل ہو
Strabismus, حول
„ alternating, بدلنے والا
„ apparent, ظاہر
„ concomitant, لاحق یا مرافق
„ Convergent, استدقاقی
„ divergent, حول اتساعی
„ hook, حول کا ہک
„ latent, حول خفی
„ paralytic, استرخای حول
„ periodic, دوری
„ unilateral, ایک آنکھ والا
Streptococcus, کرویات عقدیہ
Stricture, ضیق
Subhyaloid haemorrhage, غشاء زجاجی کے نیچے نزف الدم
Superior oblique, paralysis of, بالائی عضلہ موربہ کا استرخاء
Suprarenin, سوپرارے نین (دوا کا نام ہے)
Suspensory ligament, رباط معلقہ
Symblepharon, التصاق ملتحمہ مقلی وجفنی
Sympathetic, شرکی
Synechia, التصاق عنبی وعدسی
Syphilis, آتشک

Syphilitic,	آتشکی
,, tarsitis,	آتشکی التہاب غضروف جفنی
Syringe,	زراقہ (پچکاری)
Tarsal cyst,	کیس غضروف جفنی
Tarsorrhaphy,	خیاطت جفنی
Tattoing,	مصنوعی طور پر قرنوی بیاض میں رنگ بھرنا
Tears,	~~ڈھلکا یا آنکھ سے پانی بہنا~~ آنسو
Tenonitis,	التہاب غلاف ٹینان
Test types,	امتحانی حروف
Thrombosis,	تخثر
Trachoma,	روہے
Transillumination,	تیز روشنی کے ذریعہ معائنہ کرنا
Tremulous iris,	مرتعش عنبیہ
Trephining,	عمل ثقب
Trichiasis,	شعر منقلب
Tubercle,	درنہ
Tumour,	سلعہ
Typhoid fever,	ٹائیفائڈ بخار
Ulcers,	قرحہ، قروح
,, atheromatous,	قروح ہلالی
,, central,	قروح مرکزی
,, dendritic,	قرحہ متشجرہ
,, fascicular,	محزمہ
,, herpetic,	عقابیلی قروح
,, hypopyon,	قرحہ جس میں ارتشاح ہو
,, marginal,	محیطی قروح
,, mycotic,	قرحہ فطری
,, rodent,	قرحہ اکالہ
,, trachomatous,	قروح ٹرکوموی
Ultra-violet rays,	فوق البنفشی شعاعیں

Undine,	انڈائن
Uraemic amaurosis,	تسمم بولی کی وجہ سے اندھاپن
Urotropin,	یوروٹروپین (دوا کا نام ہے)
Uveal tract,	طریق عنبی و مشیمی
Vaccinia,	جدری البقر
Vascularisation,	عروق کی پیدائش
Veins,	اوردہ
Vertigo,	دوار
Vision,	بصارت
,, binocular,	بصارت بالعینین
Visusl,	بصری
,, perception,	احساس بصارت
,, colour sense,	احساس رنگ
,, from sense, .	احساس شکل
, light sense,	احساس نور
Vitreous,	رطوبت زجاجیہ
,, fluidity of,	زجاجیہ کا سیال پن
,, parasites in,	زجاجیہ میں طفیلی حیوان کا ہونا
,, prolapse of,	زجاجیہ کا باہر نکلنا
Whooping cough	کالی کھانسی
Wounds,	جراحات
Xerophthalmia,	یابس التہاب
Xerosis,	یبس
Zeis's glands,	غدو زائس
Zinn, zonule of,	طبقۂ زن
Zonular,	طبقاتی
,, cataract,	طبقاتی نزول الماء
,, opacity of cornea,	قرنیہ کی طبقاتی سفیدی

تصحیح اغلاط کتاب العین

نمبر شمار	غلط	صحیح	سطر	صفحہ	نمبر شمار	غلط	صحیح	سطر	صفحہ
۱	—	۸۳۵	۱۳ کالم ۲	۲	۱۴	بجوض بجوز	بجوط	۱۴	۵۲ [illegible]
۲	بالواسطہ	بالواسطہ	۱۸ کالم ۱	۱۰	۱۵	جاتا	جاتی	۱۶	۹۳
۳	لحمیہ	لحمیہ	۱۳ کالم ۱	۱۱	۱۶	Tenon.s space	(Tenon's capsule)	۳	۶۸
۴	صلبیہ	صلبہ	۱۳ کالم ۲	۱۱	۱۷	ہوجاتا	ہوجاتی	۹	۶۸
۵	مساطت	مسافت	۷	۳	۱۸	حارضی	عارضی	۹	۸۰
۶	طواطت	طوالت	۱۰	۴	۱۹	و	ر	۱۵	۸۶
۷	نگر	نگر	۱۱	۱۳	۲۰	پ	ٹ	تصویر ۳۶	۸۹
	،،	،،	۳	۱۲۱	۲۱	شیاء	اشیاء	تصویر ۳۸	۹۰
	،،	،،	۱۳	۲۸۷	۲۲	قیا	قیام	۱۱	۹۲
	،،	،،	۲۱	۲۹۴	۲۳	۹۰	۵۰	تصویر ۵۰	۹۹
۸	علی	اعلیٰ	۲	۱۶	۲۴	—	۵۱	،، ۵۱	۹۹
۹	پڑا ہوتا	پڑی ہوتی	۱۴	۲۲	۲۵	۱۱۶	۱۱۹	—	۱۱۹
۱۰	کرتے	کرتی	۱۵	۲۸	۲۶	اعقان	احتقان	۲۱	۱۳۷
۱۱	شاخول	شاخون	۱۴	۳۵	۲۷	کا	گا	۱۰	۱۴۱
۱۲	نا	نہا	۱۸	۴۰	۲۸	کی	گی	۱۲	۱۵۶
۱۳	عضویہ	عصویہ	۳	۴۳	۲۹	بشرصیکہ	بشرطیکہ	۲۰	۱۵۶

نمبر شمار	غلط	صحیح	سطر	صفحہ
۳۰	کے	گے	۲۰	۱۵۹
۳۱	لکے	لگے	۵	۱۶۳
۳۲	حدق	حدقہ	۲	۱۶۶
۳۳	قصر	قصربصر	۱۹	۱۶۷
۳۴	قر	قعر	۱۶	۱۷۰
۳۵	یہ	یہ	۲۰	۱۷۰
۳۶	ریا	رہا	۷	۱۷۴
۳۷	طاقق	طاقت	۱۵	۱۷۴
۳۸	بوری	پوری	۱۲	۱۷۷
۳۹	ضریان	ضربان	۲۰	۱۷۹
	"	"	۴	۱۸۱
۴۰	سعطی	ضغطی	۱۷	۱۸۱
۴۱	بنشی	بیشی	۱۷	۱۹۶
۴۲	حرت	حرف	۴	۲۰۲
۴۳	(Nodaal)	(Nodal)	۱	۲۰۴
۴۴	حررت	حروف	۵	۲۰۹
۴۵	ہرج	حرج	۱۶	۲۰۹
۴۶	میں	عین	۱۱	۲۱۶
۴۷	رے	یہ	۱۲	۲۱۸
۴۸	تا	۱۰	۷	۲۲۱
۴۹	دد	دونوں	۱۸	۲۲۱
۵۰	جیکنا	جھپکنا	۴	۲۲۳
۵۱	استوانی	اسطوانی	۱۸	۲۲۵
۵۲	ہون	ہو	۱۵	۲۳۰
۵۳	Prlpebrarum	Palpebrarum	۱۶	۱۳۳
۵۴	ل	کی	۱۹و۹	۲۹۸و۵۸۳
۵۵	—	ہے	۹	۲۹۳
۵۶	بس	سبل	۱۷	۲۹۴
۵۷	چائے	جائے	۱۳	۲۹۵
۵۸	ی	ابہری	۳	۳۰۲
۵۹	لمفایہ	لمفاویہ	۱۶	۳۱۳
۶۰	سمجھائے	سمجھا جائے	۱۸	۳۱۳
۶۱	سدیدی	صدیدی	۱۰	۳۱۸
۶۲	فتق	فتق	۹	۳۲۹
۶۳	پیدا ہونے	پیدا ہونے والے	۲۰	۳۴۰
۶۴	نکوة	نکواة	۱۸	۳۴۴
۶۵	ملتت	ملتہب	۱۲	۳۶۷
۶۶	التہاب	التہاب	۲۰	۳۷۰
۶۷	نگو	نگہ	۲۱	۳۷۷
۶۸	دال	ڈال	۸	۳۷۸

نمبر شمار	غلط	صحیح	سطر	صفحہ
۶۹	دونہ	درنہ	۱۰	۳۸۲
۷۰	—	عوارض	۱	۳۸۳
۷۱	Cytitis	(Cycl itis)	۱۸	۳۸۸
۷۲	خصص	حصص	۲۱	۴۰۷
۷۳	ایرہ	ابرہ	۱۵	۴۱۴
۷۴	دویہ	دمویہ	۲۱	۴۱۸
۷۵	Yitreous	(Vitreous)	۳	۴۲۱
۷۶	سرد	سر	۱۹	۴۳۲
۷۷	الصبیہ	الصلبیہ	۱	۴۳۶
۷۸	تحدیر	تخدیہ	۷	۴۳۷
۷۹	خولی	حولی	۱۲	۴۵۲
۸۰	منفار	منظار	۱۵	۴۶۱
۸۱	او	اور	۸	۴۶۳
۸۲	بالا	بالآخر	۱۴	۴۸۳
۸۳	حضیرہ	حضیرہ	۱۸	۴۸۳
۸۴	فاجٹرولائی سین	فائی برولائی سین	۵	۴۹۰
۸۵	رینا	دینا	۱۹	۵۰۵
۸۶	وبچھے	نیچے	۱۰	۵۲۵
۸۷	باتا	جاتا	۲۱	۵۵۴
۸۸	حون	حول	۵	۵۶۱

نمبر شمار	غلط	صحیح	سطر	صفحہ
۸۹	آنکھ شبیہ	آنکھ کی شبیہ	تصویر ۱۳۰	۵۷۲
۹۰	اپر	اوپر	تصویر ۱۴۲	۵۷۵
۹۱	۵۵۰	۵۹۰	۱۶	۵۸۳
۹۲	۱۸۸	۱۴۸	۱۲	۵۸۴
۹۳	۴۹	۱۴۹	۳	۵۸۵
۹۴	دیا	دینا	۱۸	۵۸۷
۹۵	اکر	اگر	۵	۶۰۱
۹۶	گھاؤ	گھماؤ	۱۱	۶۱۴
۹۷	دونوں	—	۲۰	۶۲۲
۹۸	کسی	—	۲۱	۶۱۴
۹۹	ریڈرینالین	ایڈرینالین	۶	۶۲۲
۱۰۰	۳۶۹	۱۶۹	۱۳	۶۳۷
۱۰۱	بہر	باہر	۲۰	۶۲۸
۱۰۲	کوٹوائن فاسفاس	کوڈائین فلسفاس	۱۷	۶۳۲
۱۰۳	سماقی	سمحاقی	۴	۶۶۳
۱۰۴	گمایا	گھمایا	تصویر ۱۹۷	۶۷۸
۱۰۵	وات	رات	۱۰	۶۸۷

نمبر شمار	غلط	صحیح	سطر	صفحہ
۱۰۶	مخدور	مخدر	۴	۷۱۰
۱۰۷	استحاره	استحالہ	۹	۷۲۱
۱۰۸	« Besorcin »	« Resorcin »	۳	۸۱۸
۱۰۹	۳	۵	۸ تصویر ۱۱۱/۲ پلیٹ ۲	۲۹۸
۱۱۰	۵	۳	۱۲ تصویر ۱۱۱/۲ پلیٹ ۲	۲۹۸
۱۱۱	—	۱۲۰	۱۵ کالم ۲	۸۴۸
۱۱۲	—	۸۶	۱۶ کالم ۲	۸۶۳

1027